

Université de Montréal

**Application et efficacité d'une thérapie basée sur les inférences auprès d'une population
d'accumulateurs compulsifs : une étude de cas clinique**

Par

Mélodie T Blais

TBLM28538803

Département de Psychologie

Faculté des Arts et des Sciences humaines

Essai doctoral présenté à la Faculté des Arts et des Sciences Humaines

en vue de l'obtention du grade de doctorat

en psychologie clinique (D.Psy.)

Février 2015

© Mélodie T Blais, 2015

Université de Montréal

Résumé

Les personnes souffrant du trouble d'accumulation compulsive d'objets sont nombreuses. Selon les études, il y aurait environ 4% de la population qui aurait ce trouble (Samuels et al., 2008). L'impact sur leur vie est grand pouvant mener notamment à des divorces, des pertes d'emploi ainsi qu'à des troubles de santé mentale et physique (Frost et al., 2000; Frost et Gross, 1993; Frost et Hartl, 1996; Tolin, Frost, Steketee, Gray et Fitch, 2008). Plusieurs traitements ont été essayés auprès de cette population, dont la thérapie cognitive comportementale adaptée aux accumuleurs. Toutefois, les succès thérapeutiques demeurent modestes, les accumuleurs compulsifs étant une population réfractaire aux traitements (Steketee, Frost, Tolin, Rasmussen, Brown, 2010). C'est ce qui a mené le chercheur Kieron O'Connor à vouloir adapter sa thérapie cognitive, la thérapie basée sur les inférences, à cette population clinique.

L'objectif de cet essai doctoral était d'évaluer l'application d'une thérapie basée sur les inférences auprès d'une population d'amasseurs compulsifs. Une étude sur dossier a été faite à partir de 9 participants ayant suivi une thérapie basée sur les inférences au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal entre 2003 et 2014. Deux participants ayant eu une amélioration de leurs symptômes d'accumulation ont été illustrés plus en détails sous forme de cas clinique. Une diminution cliniquement significative des symptômes d'accumulation tels que mesurés par le Y-BOCS a été observée chez 66% des participants (n=9). Quatre de ceux-ci avaient des symptômes sous-cliniques en fin de thérapie et un des symptômes légers d'accumulation. Une diminution cliniquement significative de leurs symptômes dépressifs tels que mesurés par le BDI a été vue chez 56% des participants et 33% ont vu leurs symptômes anxieux diminuer. Deux personnes ont vu leurs processus inférentiels diminuer d'au moins 35%. Une taille d'effet de 0,8 a été trouvée pour le Y-BOCS, de 0,3 pour le BDI et de 0,2 pour le BAI.

Mots clés : Trouble d'accumulation compulsive, thérapie basée sur les inférences, désencombrement, accumulateurs.

Table des matières

Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Liste des annexes	vii
Liste des abréviations	viii
Remerciements	ix
 Introduction	 1
Contexte théorique	1
Classification du trouble d'accumulation compulsive d'objets	3
Syndrome de Diogène ou trouble d'accumulation compulsive?	4
Comorbidités	4
Prévalence	5
Conséquences associées	6
Étiologies proposées	8
Traitements	9
Médication	9
Thérapie cognitivo-comportementale	9
Thérapie basée sur les inférences	12
Hypothèses et objectifs de la présente étude	15
Protocole de traitement	16
Méthodologie	16
Participants	16
Évaluation des participants	17
Mesures	19

Analyses statistiques prévues	22
Traitement et évaluation du progrès	23
Résultats	24
Résultats de l'échantillon	24
Introduction du cas clinique #1 : Mylène	25
Présentation du problème	25
Historique du problème	26
Antécédents psychologiques et familiaux	26
Évolution du traitement pour Mylène	26
Facteurs limites	29
Introduction du cas clinique #2 : Sophie	29
Présentation du problème	30
Historique du problème	31
Antécédents psychologiques personnels et familiaux	32
Évolution du traitement pour Sophie	32
Facteurs limites	35
Discussion	35
Limites à l'étude	39
Recommandations	41
Conclusion	42
Références	43

Liste des tableaux

Tableau 1	Données socio-démographiques de l'échantillon d'accumulateurs ayant suivi une thérapie basée sur les inférences	x
Tableau 2	Résumé des scores des participants en pré et post thérapie sur les différents outils d'évaluation de la présente étude	xi
Tableau 3	Définition des stratagèmes de raisonnement selon la théorie basée sur les inférences	xi

Liste des figures

- | | | |
|----------|---|-----|
| Figure 1 | Évolution des inférences primaires du cas clinique de Mylène
au cours de la thérapie | xii |
| Figure 2 | Évolution des émotions de Sophie à chaque semaine de la thérapie | xii |

Liste des annexes

Annexe I	Formulaire de renseignement et de consentement	xiii
Annexe II	Les étapes de la thérapie basée sur les inférences prodiguée au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal	xvi
Annexe III	Modèle de traitement thérapie basée sur les inférences	xvii
Annexe IV	Questionnaires	xviii
	Échelle d'obsession et de compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS)- Version révisée	xviii
	Questionnaire sur les processus inférenciels (QPI-X)	xxi
	Questionnaire sur l'encombrement	xxiv
	QE-Home version	xxv
	Saving Inventory Revised (SI-R)	xxix
	Saving Cognitions Inventory-R (SCI-R)	xxxiv
	Index du niveau d'encombrement	xxxv
	Évaluation de la rencontre par le client	xxxviii
Annexe V	Représentation schématique du modèle basé sur les inférences dans le maintien de l'accumulation compulsive	xl
Annexe VI	Histoires TAC et alternative de Sophie	xli
Annexe VII	Photos du domicile de Sophie	xlii

Liste des abréviations

Abréviations	Nom complet
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CRFS	Centre de Recherche Fernand-Seguin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
IUSMM	Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal
TAC	Trouble d'accumulation compulsive d'objets
TBI	Thérapie basée sur les inférences
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TPOC	Trouble de personnalité obsessionnelle compulsive
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Remerciements

Mon premier remerciement va à mon directeur de recherche Dr Kieron O'Connor. Merci de m'avoir accueillie dans votre équipe du CETOCT et de m'avoir fait confiance pendant cette aventure doctorale. Merci à Karine Bergeron, Stella Paradisis et Marie-Eve St-Pierre Delorme d'avoir répondu à mes nombreuses questions tout au long de mon projet lorsque j'étais confuse. Une mention spéciale à mes collègues du D.Psy, particulièrement Valérie Mercier, Catherine Ostiguy et Myriam Blanchette-Sylvestre, ainsi qu'à mon conjoint Simon Laplante avec qui j'ai pu ventiler pour arriver à la fin de mon parcours avec une relative santé mentale! Un merci infini à Vincent Geloso et Karine Paquin qui ont été mes sauveurs lors de ma soutenance. Finalement, je ne serais pas parvenue à la fin de mes études doctorales sans le support financier et psychologique de mes parents. Un gros merci d'avoir toujours été là quand j'en avais besoin. Comme le disait mon père : « On va les avoir les...! ».

Introduction

Le trouble d'accumulation compulsive est une traduction libre acceptée par la communauté scientifique du terme « hoarding » en anglais. Ce concept renferme deux composantes soit l'acquisition excessive de nouveaux objets ainsi que la difficulté à s'en départir. L'aspect compulsif s'appliquerait à ces deux composantes. Le présent essai doctoral a pour but dans un premier temps de résumer la littérature sur le sujet. Ensuite, nous exposerons une thérapie d'approche cognitive au problème d'accumulation compulsive; la thérapie basée sur les inférences. Finalement, nous relaterons le cas clinique de deux personnes ayant suivi cette thérapie au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Montréal (CRIUSMM).

Contexte théorique

Le trouble d'accumulation compulsive d'objets (TAC) est relativement peu étudié encore aujourd'hui. Les premières études dans ce domaine se sont d'abord faites sur l'accumulation compulsive d'animaux (Frost, Krause, & Steketee, 1996), pour par la suite se déplacer vers le champ plus spécifique de l'accumulation d'objets inanimés à la fin des années 1980. Au fil des recherches, il devenait difficile de voir un fil conducteur dans celles-ci puisque les informations étaient diverses et manquaient d'intégration. C'est ce qui a mené Frost et Hartl en 1996 à créer un modèle cognitif-comportemental pour le trouble d'accumulation compulsive d'objets (Frost & Hartl, 1996). Même depuis la création de ce modèle, il est difficile de distinguer un comportement d'accumulation d'objets que l'on peut retrouver dans la population normale d'un comportement clinique du TAC. Selon les auteurs, le trouble d'accumulation compulsive d'objets se définit selon 3 critères :

- 1- l'acquisition via des achats compulsifs ainsi que l'échec à se débarrasser d'objets ayant peu de valeur ou qui nous sont inutiles;

- 2- des espaces de vie étant suffisamment encombrés et en désordre pour ne plus permettre leur fonction originale;
- 3- et une détresse significative ou encore une baisse du fonctionnement en lien avec le trouble.

Les études subséquentes se sont basées sur ces critères, ce qui a permis une meilleure intégration des résultats de recherche sur le TAC.

L'accumulation compulsive compte deux facettes. En plus de la difficulté à se départir d'objets, ils en acquièrent excessivement de nouveaux. Cette acquisition peut se faire dans les magasins traditionnels, dans les friperies, les ventes de garage ou encore dans les magasins à 1\$. Cette envie d'acquérir de nouveaux objets ou d'accumuler est perçue comme impossible à contrôler pour l'accumulateur. S'il ne le faisait pas cela aurait pour effet de lui causer de la détresse ou un inconfort important (O'Connor, St-Pierre-Delorme, & Koszegi, N, 2012).

Il faut aussi distinguer le collectionnisme du trouble d'accumulation compulsive d'objets. Le collectionnisme est une activité normale retrouvée chez les adultes et les enfants. Il s'agit habituellement d'une activité organisée où les objets des collectionneurs sont gardés dans des endroits spécifiques et structurés. Contrairement au trouble d'accumulation compulsive, le collectionnisme a pour but d'organiser et de hiérarchiser une série d'objets et non juste de les accumuler. Les objets des collectionneurs sont souvent appréciés des autres collectionneurs et sont échangés afin d'agrémenter leur collection (Lahera, Saiz-Gonzalez, Martin-Ballesteros, Perez-Rodriguez, & Baca-Garcia, 2006).

Classification du trouble d'accumulation compulsive d'objets

Il est commun dans la population générale de garder des objets dans la maison en souvenir ou au cas où on en aurait besoin un jour. Toutefois, certaines personnes accumulent les objets au point de ne plus avoir d'espace de vie fonctionnel. Par exemple, il ne serait plus possible de se faire à manger dans la cuisine, de faire son hygiène dans la salle de bain, de recevoir des amis dans le salon ou encore

de dormir dans sa chambre. Le trouble d'accumulation compulsive d'objets n'était pas jusqu'à tout récemment considéré comme un syndrome clinique à part entière dans le DSM-IV, outil diagnostique des troubles mentaux. Il était plutôt un symptôme du Trouble de personnalité obsessionnelle compulsive (TPOC). Les critères du TPOC ont été analysés dans plusieurs études, toutefois l'accumulation compulsive d'objets en particulier n'avait pas été l'objet de l'étude (Frost et al., 1996).

Une autre hypothèse qu'il y avait quant à sa classification, est celle d'un lien entre le Trouble d'accumulation compulsive d'objets (TAC) et celui du Trouble obsessionnel compulsif (TOC). Les premières recherches effectuées sur le Trouble d'accumulation compulsive d'objets tentaient de voir s'il était un sous-type ou un symptôme du Trouble obsessionnel compulsif. Dans une étude, Frost et ses collaborateurs rapportent que les symptômes du TAC sont présents chez un quart à un tiers des personnes ayant un TOC, suggérant une relation entre ces deux troubles (Frost et al., 1996).

Selon d'autres auteurs, l'accumulation compulsive ne serait pas un symptôme central du TOC mais plutôt un symptôme spécifique (Wu & Watson, 2005). Les résultats obtenus dans leurs études, via des analyses factorielles confirmatoires, ne montrent pas d'inter-corrélations aussi fortes entre l'accumulation compulsive et les autres symptômes du TOC, que les autres symptômes TOC entre eux. Aussi, les résultats montrent qu'il n'y a pas de relation exclusive entre l'accumulation compulsive et le TOC comparativement aux autres troubles des axes I et II du DSM-IV.

L'étude de Grisham et ses collègues (2004) évaluait la différence entre les personnes ayant comme seuls symptômes ceux du TAC comparativement aux personnes ayant en plus des symptômes du TOC. Il y aurait deux types d'accumulateurs compulsifs. Ceux ayant un TOC et dont l'accumulation peut être vue comme une compulsion de leur TOC et ceux n'ayant pas d'autres symptômes d'un TOC où l'accumulation compulsive serait un syndrome clinique distinct (Grisham et al., 2005). Les symptômes de certains troubles du spectre obsessionnel compulsif seraient égosyntones ce qui expliquerait le manque d'insight et la faible tendance à aller chercher de l'aide chez ce type de population.

Suite aux suggestions des auteurs dans le domaine, le trouble d'accumulation compulsive est considéré comme un syndrome clinique discret mais faisant partie du continuum des troubles obsessionnels compulsifs tout comme la trichotillomanie et la peur d'une dysmorphie corporelle (Grisham, Brown, Liverant, & Campbell-Sills, 2005; Saxena, 2007). Les obsessions et les compulsions forment la base commune de ces troubles. Il existe maintenant le diagnostic de trouble d'accumulation compulsive d'objets dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux paru en mai 2013 (APA, 2013).

Syndrome de Diogène ou trouble d'accumulation compulsive?

Il semble y avoir une confusion dans la littérature ainsi que sur le terrain entre le syndrome de Diogène et le trouble d'accumulation compulsive. Le syndrome de Diogène se définit par une extrême négligence de soi, des conditions de vie exécrables, un retrait social, une accumulation compulsive ainsi qu'un manque de considération pour ses conditions de vie précaires (Lebert, 2005). Le fait d'accumuler des objets n'est qu'une des composantes de ce syndrome. Celui-ci est majoritairement trouvé chez les personnes âgées ayant une démence ou une lésion fronto-temporale. Les personnes souffrant du trouble d'accumulation compulsive quant à elles sont de tous âges et ne présentent pas nécessairement une négligence de soi ou des conditions de vie exécrables. Une détresse face à leur dysfonctionnement peut aussi être vécue par les accumulateurs.

Comorbidités

En plus du TOC, le trouble d'accumulation compulsive d'objets serait comorbide avec d'autres troubles psychopathologiques. L'étude de Samuels et al (2008) vient corroborer une observation faite antérieurement, il y aurait une corrélation entre l'accumulation compulsive et la dépendance à l'alcool. Les auteurs posent l'hypothèse qu'une consommation élevée d'alcool viendrait interférer avec le désencombrement et l'organisation des possessions (Samuels et al., 2008). Des taux élevés de troubles anxieux ainsi que de l'humeur ont été relevés chez les accumulateurs (Frost, Steketee, Williams, &

Warren, 2000). Selon cette étude les taux seraient même plus élevés que chez des personnes souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif. Cela indique que quand des symptômes d'accumulation sont présents l'humeur en est aussi affectée. La même étude (Frost, 2000) soulève des taux élevés de troubles anxieux chez les accumulateurs. Après des contrôles statistiques, les auteurs en sont venus à la conclusion que l'anxiété serait le facteur primaire dans un dérangement de l'humeur auprès des accumulateurs. Les troubles anxieux les plus fréquemment retrouvés chez les accumulateurs sont la phobie sociale et le trouble d'anxiété généralisée (Pertusa et al., 2008). L'étude de Seedat (2002) met en lumière que les accumulateurs peuvent présenter d'autres troubles du spectre obsessionnel et des tics comme par exemple la peur d'une dysmorphie corporelle, la trichotillomanie ou un syndrome Gilles de la Tourette (Seedat & Stein, 2002). Les accumulateurs obtiennent des taux élevés de symptômes d'un déficit d'attention et d'impulsivité semblables à ceux retrouvés dans un TDA/H (Tolin, 2011). Les principales lacunes sont un déficit de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives. Plusieurs accumulateurs auraient aussi des troubles de la personnalité comorbides. L'échantillon d'accumulateurs avait des taux plus élevés de symptômes de trouble de personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive, paranoïde, schizoïde, schizotypique, limite et narcissique que les sujets contrôles (Frost et al., 2000). Plus spécifiquement lorsque l'on compare les accumulateurs à d'autres groupes cliniques tels que des sujets ayant un trouble anxieux on retrouve un plus haut taux de personnalité dépendante. Cela corrobore les observations voulant que les accumulateurs auraient plus de difficulté à prendre une décision et à travailler seuls. Cette complexité psychologique chez les accumulateurs pourrait avoir un impact sur les tentatives de traitements de ce trouble (Frost et al., 2000).

Prévalence

La prévalence dans la population du trouble d'accumulation compulsive varie selon les échantillons des études. Elle peut être estimée avec une population normale, une population clinique

d'accumulateurs compulsifs seulement ou une population clinique mixte (dont avec le trouble obsessionnel-compulsif). D'après Samuels et al (Samuels et al., 2008) elle serait de 5,3% dans l'échantillon d'accumulateurs compulsifs pathologiques et de 4% dans la population générale. Il y aurait près de deux fois plus d'accumulateurs compulsifs chez les hommes que chez les femmes, chez les personnes célibataires que chez les personnes mariées ainsi que chez les personnes sans emploi que chez les travailleurs (Samuels et al., 2008). Advenant qu'on évalue la prévalence en fonction d'un échantillon de personnes ayant un TOC avec des caractéristiques du TAC, la prévalence serait alors de 0,4%. En effet, considérant qu'il y a 30% des personnes ayant un TOC qui ont également un TAC (Rasmussen & Eisen, 1992; Samuels, Bienvenu et al., 2002; Samuels, Eaton et al., 2002) et que la prévalence d'un TOC dans la population est estimée à 1-2% ((Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988), il y aurait 0,4% de la population ayant des symptômes de TAC.

Conséquences associées

Le Trouble d'accumulation compulsive d'objets est un trouble insidieux dont les effets ne sont pas perceptibles à son origine. Avec le temps toutefois, plusieurs conséquences néfastes sont observées chez les accumulateurs compulsifs. Les vies familiales, professionnelles et sociales des accumulateurs sont affectées (Frost et al., 2000). Ils seraient moins nombreux à être mariés que les participants appartenant au groupe contrôle, révélant leur incapacité familiale. Lorsqu'ils vivent avec leur famille, une discorde importante entre eux est observée quant au problème d'accumulation. Les problèmes au travail seraient plus sévères chez cette population (Frost & Gross, 1993; Frost & Hartl, 1996). Les accumulateurs compulsifs déclarent plus de jours de travail manqués pour cause de problèmes psychologiques que les autres personnes avec un trouble anxieux ou de l'humeur, et des taux semblables aux personnes aux prises avec un trouble bipolaire ou une psychose (Tolin, Frost, Steketee, Gray, & Fitch, 2008).

Concernant leur santé physique, les accumulateurs compulsifs présentent un problème de surpoids et plusieurs autres problèmes somatiques. Ils en auraient même davantage que les groupes ayant d'autres troubles psychiatriques mesurés par le National Comorbidity Survey (Tolin, Frost, Steketee, Gray, et al., 2008).

Les conséquences du TAC toutefois ne touchent pas seulement l'accumulateur mais également son entourage. En effet, avoir vécu dans un environnement en désordre pendant l'enfance est lié à des taux élevés de détresse pendant cette période (Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008). Sachant que d'avoir vécu dans un environnement en désordre pendant l'enfance est associé à un risque plus grand de psychopathologie à l'âge adulte, il serait profitable d'étudier plus profondément la question (Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008). De plus, les accumulateurs tendraient à être rejetés de leur famille. Cela peut précéder le développement du problème d'accumulation ou en être la conséquence. Les proches des accumulateurs se trouvent à être plus impliqués dans la problématique puisqu'ils vivent malgré eux dans le désordre, créant alors des tensions vives et parfois même des ruptures familiales ou conjugales. Or, le soutien familial est reconnu comme étant un facteur pouvant contribuer au succès d'une psychothérapie (Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008).

Selon une étude récente les proches des accumulateurs auraient un niveau de bien-être émotionnel moins élevé que la moyenne (Drury, Ajmi, de la Cruz, Nordsletten, & Mataix-Cols, 2014). Ils présenteraient aussi une atteinte au fonctionnement semblable aux accumulateurs sur les échelles de limitations dans leurs rôles dus à des problèmes émotionnels, l'échelle de bien-être émotionnel et celle de la douleur. Une des conclusions de cette étude est que les proches des accumulateurs seraient autant à risque de développer des troubles de l'humeur ou de l'anxiété en conséquence au stress associé à la prise en charge d'un proche accumulateur. Il y aurait chez les proches une perte de la vie normale, une marginalisation ainsi qu'un impact négatif sur leurs relations. Aussi, ils présenteraient plus de frustration que les proches d'une personne ayant un TOC, un indicateur que le fardeau serait particulièrement lourd pour les proches d'accumulateurs (Drury et al., 2014). Les conflits de famille

sont fréquents chez les accumulateurs (O'Connor, St-Pierre-Delorme, Koszegi, 2012). L'absence de compréhension des proches ainsi qu'une communication difficile créent un lot d'émotions négatives vécues de part et d'autre pour mener parfois à une rupture dans les relations. Au début du problème d'accumulation, les proches peuvent être tolérants et tenter d'accommoder les accumulateurs. Par exemple, en ne permettant pas aux amis des enfants de venir à la maison ou en réservant certains espaces de la maison pour les objets de l'accumulateurs. Avec le temps la patience des proches s'effrite et ils pousseront l'accumulateur à régler la situation pouvant même jeter certains objets sans sa permission. L'accumulateur se sent alors trahi par ses proches ainsi que vit de l'anxiété face à cet ultimatum. Cette spirale vient avec le temps alimenter le problème d'accumulation compulsive et peut mener à des divorces ou séparations (O'Connor, St-Pierre-Delorme, Koszegi, 2012).

Le trouble d'accumulation compulsive occasionne un fardeau au niveau sociétal. Les accumulateurs compulsifs consulteraient plus dans les services de santé mentale, la plupart dans le système public, ce qui occasionne des coûts importants à la société. Les cas rapportés par les proches afin de retirer la garde d'enfants ou d'animaux chez les accumulateurs compulsifs sont plus fréquents que dans le reste de la population (Tolin, Frost, Steketee, Gray, et al., 2008). Le désordre peut causer des risques d'incendie, de chutes, un environnement peu sanitaire et des problèmes de santé allant même jusqu'au décès.

Étiologies proposées

L'étude de Frost et Hartl en 1996 a également suscité des hypothèses de recherche quant au rôle des facteurs cognitivo-émotionnels du trouble d'accumulation compulsive d'objets. Ces auteurs ont suggéré quatre hypothèses de base. Les accumulateurs compulsifs auraient un déficit au niveau du traitement de l'information (donnant une organisation idiosyncrasique), un problème d'attachement émotionnel (développant une hypersentimentalité envers leurs objets), un évitement comportemental et des cognitions erronées à propos des conséquences néfastes anticipées s'ils se débarrassaient de leurs

objets. Les accumulateurs compulsifs entretiennent un besoin de garder le contrôle sur leurs possessions ayant donc de la difficulté à déléguer le désencombrement à une autre personne. Ils se sentent également responsables envers celles-ci, en prévenant le mal qu'il pourrait leur advenir dans le futur (Frost & Hartl, 1996).

Traitements

Médication

Une option envisageable pour le traitement du TAC est la pharmacothérapie. Les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS) étant utilisés, entre autre pour le traitement du TOC, ont été essayés dans des essais cliniques sur des patients TAC. Les études n'ont pas trouvé de réponse au traitement satisfaisante avec ce type de médication pour les accumulateurs compulsifs (Seedat & Stein, 2002). Toutefois, une étude quantitative de Saxena et al a comparé un groupe TOC et un groupe TAC en fonction de leur réponse au traitement à la Paroxetine, un ISRS (Saxena, Brody, Maidment, & Baxter, 2007). Les changements dans la sévérité des symptômes ont été comparables dans les deux groupes. Les résultats suite à la prise de médication pour le TAC restent mitigés. L'hypothèse de Stein quant à l'implication du système dopaminergique plutôt que sérotoninergique dans les cas d'accumulation compulsive pourrait expliquer la faible réponse aux ISRS (Lochner et al., 2005).

Thérapie cognitivo-comportementale

Une autre option considérée fut d'appliquer la psychothérapie individuelle fonctionnant pour les personnes ayant un TOC aux accumulateurs compulsifs. Les techniques d'exposition et de prévention de la réponse diminuant l'occurrence d'obsessions et de compulsions pour le TOC ont eu des résultats mitigés pour le TAC (Steketee & Tolin, 2011). C'est en lien avec le modèle de Frost et Hartl qu'une thérapie alternative pour le TAC a été élaborée (Frost & Hartl, 1996). Dans des résultats préliminaires,

la Thérapie Cognitive Comportementale (TCC) orientée vers l'organisation, l'acquisition et le désencombrement semble bien fonctionner avec les accumulateurs compulsifs habituellement récalcitrants au traitement (Tolin, Frost, & Steketee, 2007). Dans ce type de thérapie individuelle, les accumulateurs sont appelés à travailler sur leurs cognitions erronées à propos des conséquences néfastes anticipées s'ils se débarrassaient de leurs objets. Par exemple un accumulateur pourrait penser qu'il perdra tout souvenir de son enfant s'il se débarrasse d'une de ses photos alors qu'en réalité sa mémoire n'a aucun lien avec le fait de la garder ou non. La TCC vient mettre l'accent sur l'aspect irréaliste des conséquences aux croyances des accumulateurs. Des différences sont retrouvées dans la thérapie utilisée pour le TAC comparativement à celle pour le TOC. Il y a moins d'accent mis sur les techniques d'exposition, un ajout d'un entraînement aux habiletés pour l'organisation et la résolution de problèmes ainsi qu'une modification cognitive des croyances à propos des possessions. Une composante particulière à ce type de thérapie est de faire des sessions à l'extérieur, où le thérapeute va au domicile ou dans les magasins, dans le but d'aider à se débarrasser des objets superflus mais aussi à ne pas en accumuler de nouveaux en contexte de magasinage. Les études se sont multipliées afin de compiler les résultats sur l'efficacité de la TCC pour l'accumulation compulsive. Les études de cas montrent une bonne amélioration dans les symptômes du TAC avec cette thérapie (Cermele, Melendez-Pallitto, & Pandina, 2001; Hartl & Frost, 1999). Steketee et al ont obtenu des résultats prometteurs avec une thérapie TCC de 26 semaines.

Malgré de bons résultats, il demeure des défis rencontrés lorsqu'on travaille avec des accumulateurs compulsifs. Quelques variations à la formule de traitement traditionnelle qu'est la TCC ont été tentées auprès de cette population dans les dernières années afin de contrer ces difficultés.

Puisque ces derniers manquent d'insight face à leurs problèmes, de motivation, sont résistants au traitement et présentent des difficultés à adhérer aux devoirs, les chercheurs ont alors tenté d'ajouter la composante de l'entrevue motivationnelle. L'objectif de ce type de thérapie individuelle est de venir contrecarrer les effets qu'une basse motivation pourrait avoir sur la diminution de symptômes au cours

d'une thérapie traditionnelle. En ajoutant cette composante, il y aurait eu une diminution supplémentaire des symptômes TAC durant la thérapie TCC (Cermele, Melendez-Pallitto, & Pandina, 2001; Hartl & Frost, 1999).

De plus, les traitements de groupe pour l'accumulation compulsive, une alternative aux traitements individuels, qui peuvent être longs et coûteux, semblent être une option envisageable. C'est ce qu'ont tenté Muroff et al (Muroff et al., 2009) en étudiant si une thérapie de groupe de 16 semaines serait suffisante pour diminuer les symptômes TAC. Cette étude a obtenu des réductions sur les échelles de cognitions, de désordre et de dysfonctionnement global (CIR: (27)52.993, $P=0.006$; SI-R total: $t(23)53.755$, $P=0.001$; CGS: $t(22)53.394$, $P=0.003$; SCI: $t(16)51.896$, $P=0.076$) et dépression (BDI: $t(18)53.472$, $P=0.003$). Les résultats sont modestes mais significatifs indiquant que ce type de thérapie serait à envisager pour cette population.

Dans une étude de 2000 (Steketee, Frost, Wincze, Greene, & Douglass, 2000) (Saxena et al., 2002), les chercheurs ont tenté un traitement multimodal, soit individuel et de groupe à la fois. Les traitements de groupe ont mis l'emphasis sur 5 étapes : l'éducation à propos de l'accumulation compulsive, une mise en pratique de la prise de décisions, l'entraînement aux habiletés organisationnelles, l'exposition comportementale et la restructuration cognitive. Les résultats de l'étude montrent des gains partiels pour une portion des clients qui ont reçu un traitement multi-composante sur le TAC spécifiquement. La formule de groupe apporterait des éléments supplémentaires à la thérapie donnée individuellement pour le TAC. Pendant les tâches de renoncement à leurs items, la présence des autres créerait une pression ainsi qu'un support social permettant d'augmenter les efforts de renoncement. Aussi, la possibilité d'écouter les difficultés des autres, de s'identifier à leurs pensées irrationnelles et à leur détresse aiderait les accumulateurs compulsifs. Une diminution de 16% a été observée sur le Y-BOCS en post thérapie et de 27% au suivi un an.

Finalement, une option synthèse décrite par Saxena et al dans une étude de 2002 (Saxena et al., 2002) est un traitement spécial de 6 semaines intensives sous l'angle multimodal (administration de la

médication, thérapie TCC journalière et réhabilitation psychosociale dans un cadre particulier). La thérapie TCC était offerte en formats individuel et de groupe avec les objectifs suivants: une exposition et prévention de la réponse ciblée sur les peurs obsessionnelles et les comportements compulsifs individuels des patients, une restructuration cognitive afin d'augmenter l'insight, une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété générale ainsi qu'un focus sur les pensées irrationnelles (Saxena et al., 2002). Une diminution de 35% a été observée sur le Y-BOCS avec ce programme.

Malgré une augmentation des taux d'efficacité des thérapies pour le TAC, ces taux demeurent bas relativement à ceux obtenus avec une thérapie pour le TOC par exemple (Steketee, Frost, Tolin, Rasmussen, & Brown, 2010). Les accumulateurs tendent à finir prématurément leur thérapie ainsi qu'à adopter des comportements et des pensées contreproductifs (Frost, Tolin, & Maltby, 2010; Pertusa et al., 2010). Par exemple, ils manqueraient de motivation et ne complèteraient pas leurs devoirs, signes d'une résistance au traitement. Or, il est connu que dans une thérapie TCC l'adhérence aux devoirs est un prédicteur de réponse au traitement (Tolin et al., 2007). Ce manque de compliance aurait plusieurs causes dont un faible insight (Saxena & Maidment, 2004) et la nature égosyntonique du problème d'accumulation compulsive (Frost et al., 2010). Kozak et Foa (1997) soulignent que les accumulateurs ont des comportements perfectionnistes, des idées surévaluées ainsi que la pensée magique face à leur problème. C'est ce qui a mené les chercheurs à élaborer un autre type de thérapie pour le trouble d'accumulation compulsive d'objets : la thérapie par les inférences.

Thérapie basée sur les inférences

Selon cette théorie, il y aurait deux niveaux d'inférences : l'inférence primaire qui réfère au doute obsessionnel et l'inférence secondaire qui réfère aux conséquences anticipées du doute obsessionnel. La thérapie basée sur les inférences (TBI) contrairement à la thérapie cognitive comportementale travaille en amont sur la confusion inférentielle qui serait à l'origine du doute obsessionnel alors que la TCC travaille sur les inférences secondaires (Sanavio, 1988). Le principe de

base de la TBI est que le doute obsessionnel serait différent du doute normal puisqu'il n'est pas résolu à l'aide d'observations ou avec le sens commun (Goodman et al., 1989). Habituellement, lorsqu'une personne a un doute et qu'elle fait face à une preuve invalidant celui-ci, il n'y a plus lieu de douter. Toutefois, chez la personne TAC, malgré la présence de preuve objective invalidant son doute, elle tentera plutôt de trouver des raisons pour cette exception. Par exemple, une personne qui a deux grille-pains n'en utilise en réalité qu'un seul à la fois. Elle justifiera le second grille-pain dans l'éventualité que le premier ne brise et qu'elle n'en trouve pas un autre du même modèle alors qu'elle pourrait en avoir besoin rapidement.

La théorie cognitive comportementale considère les pensées obsessionnelles comme des intrusions, ou comme le résultat d'une évaluation catastrophique de la situation. Par exemple, une personne qui a une pensée contre ses valeurs en viendra à se dire qu'elle est une mauvaise personne puisqu'elle a cette pensée. Elles proviendraient de l'extérieur de la personne. Selon la théorie basée sur les inférences, les obsessions verraient plutôt le jour dans des contextes situationnels inappropriés et seraient le résultat de processus de raisonnement inductifs déformés. Elles origineraient du narratif inductif qui contient de forts thèmes émotionnels idiosyncratiques et des associations. Alors que la personne est capable de percevoir correctement la réalité, elle peut toutefois être plus susceptible d'être influencée par les narratifs qu'elle génère la menant à douter de la réalité ainsi qu'à inférer des situations hypothétiques.

Des stratagèmes de raisonnement vont amener la personne à inférer un doute qui a l'air logique alors qu'en fait il n'y a aucune raison de douter. Il y a six stratagèmes de raisonnement selon la TBI; l'enchaînement purement imaginaire, les événements apparemment comparables, l'usage sélectif des faits hors-contexte, l'inférence inversée, la méfiance de la perception normale et la catégorie erronée (O'Connor & Robillard, 1999). Le tableau 3 en annexe donne une courte définition de chacun de ces stratagèmes.

Les stratagèmes de raisonnement alimentent la confusion inférentielle. L'accumulateur ne fait alors plus de distinction entre l'histoire qu'il se crée et l'histoire réelle que lui donnent ses 5 sens. La possibilité qui émerge de son histoire sera plus convaincante pour lui que l'information que lui apportent ses sens. L'illusion qui est créée va même jusqu'à la conviction que le TAC est conforme aux valeurs de la personne accumulatrice. Cette confusion inférentielle semble être commune aux troubles du spectre obsessionnel compulsif dont ferait partie le trouble d'accumulation compulsive. C'est le doute illusoire qui viendra déclencher et alimenter l'inférence primaire. Le doute obsessionnel n'ayant pas de résolution, l'accumulateur entre dans un cycle de doute. Le doute initial est alors maintenu par un processus de raisonnement idiosyncratique qui mène à l'inférence secondaire. L'annexe III donne un aperçu du modèle de traitement par la thérapie basée sur les inférences et du processus inférentiel sous-jacent.

Un exemple d'un enchainement de pensées TAC pourrait être : « Peut-être que si je jette un de mes claviers d'ordinateur et que celui que j'utilise actuellement brise » (inférence primaire), « alors je n'en aurai pas sous la main lorsque j'en aurai besoin » (inférence secondaire). Ou encore, « Peut-être que si je me débarrasse d'un dessin de ma fille » (inférence primaire), « alors j'oublierai tous les beaux moments qu'on a vécus ensemble dans sa jeunesse » (inférence secondaire).

Le but de la TBI est de défaire cette confusion et de ramener la personne à se fier sur ses 5 sens, le sens commun et ses besoins réalistes afin de prendre une décision, tel qu'elle le fait déjà pour toute autre situation où il y a un doute normal non lié avec le TAC. Ceci est fait à partir d'exercices de raisonnement afin d'aider les personnes à gagner de l'insight sur la nature de la confusion inférentielle dans leur raisonnement narratif. Selon cette approche, s'il y a un bris dans ce doute, la séquence obsessionnelle serait abolie et il n'y aurait plus de comportement TAC puisque les conséquences anticipées sont nulles, alors cela pourrait conséquemment faciliter le désencombrement. Ainsi, cette thérapie serait moins confrontante pour les clients TAC que la TCC qui remet en question leurs doutes et leurs cognitions quant aux conséquences anticipées et tente de les aider concrètement à se

débarrasser d'objets. Avec la TBI, les thérapeutes remettent plutôt en question les processus de raisonnement sous-jacents au TAC ce qui peut être moins menaçant pour une population réfractaire à la thérapie. Celle-ci a déjà été testée et utilisée avec succès auprès de populations ayant des thèmes obsessionnels tels que les TOC ayant des idées surévaluées et le trouble d'une peur de dysmorphie corporelle (Taillon, O'Connor, Dupuis, & Lavoie, 2013). Ces deux populations cliniques possèdent, tout comme les accumulateurs, un faible niveau d'insight dans leur trouble, ce qui peut avoir un effet négatif sur le processus thérapeutique.

Hypothèses et objectifs de la présente étude

Ce projet vise à évaluer l'application d'une thérapie basée sur les inférences auprès d'une population d'accumulateurs compulsifs selon les critères de gains suite à la thérapie mais aussi selon des mesures de satisfaction. Un essai clinique indique que la TBI peut traiter avec succès la plupart des types de TOC (O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk, & Taillon, 2009). L'approche basée sur les inférences offre un avantage chez les cas où il y a un haut taux de conviction dans la probabilité du doute obsessionnel et où un narratif idiosyncratique supporte l'obsession. C'est souvent le cas des obsessions égosyntoniques, bizarres ou surévaluées. La TBI a obtenu des changements cliniquement significatifs avec une population clinique TOC ayant des idées surévaluées (O'Connor et al., 2009; O'Connor & Robillard, 1999). Nous formulons donc l'hypothèse que les gens ayant suivi une psychothérapie basée sur les inférences pour leur TAC présenteront une diminution des symptômes liés à leur trouble ainsi que de leur détresse ressentie. Concrètement nous devrions observer des diminutions sur les échelles mesurant l'accumulation compulsive ainsi que sur le BDI et le BAI mesurant respectivement les symptômes dépressifs et anxieux. En lien avec les objectifs de la présente étude, deux cas cliniques seront rapportés.

Protocole de traitement

Lors de cette thérapie prodiguée au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CRIUSMM) par un psychologue certifié, les clients passent à travers les 10 étapes de la TBI. Vous trouverez les étapes de la thérapie en Annexe I ainsi que le modèle de traitement en Annexe II.

Méthodologie

Participants

Les participants ont été recrutés via des annonces, des références faites par des médecins dans le système de santé ainsi que par du bouche à oreille. Le choix des participants a été effectué selon les trois critères suivants :

- 1-les participants devaient avoir complété la thérapie;
- 2- rempli les questionnaires requis pour le présent projet au début et à la fin de la thérapie;
- 3-ainsi qu'avoir accordé leur consentement éclairé pour l'utilisation des données à l'étude.

Entre 2003 et 2014 soixante personnes ont été codés sous l'étiquette d'accumulateurs. Suite à l'évaluation psychologique initiale, 14 ont été exclus et 46 personnes remplissaient les critères pour une thérapie portant sur l'accumulation compulsive. De ceux-ci, 13 se sont désistés avant la thérapie, 5 ont abandonné avant la fin du traitement, 6 ont participé à une thérapie de groupe et 4 ont été mal classés ce qui laisse 18 participants potentiels. La moitié avait rempli les quatre évaluations utilisées pour cette étude aux deux temps requis ce qui mène à l'échantillon final de 9 personnes.

Les critères d'exclusion possibles du programme de thérapie étaient les suivants : une médication n'étant pas stable depuis au moins 3 mois; un trouble de l'axe II prédominant; un diagnostic de dépression dans les 12 semaines précédant la thérapie ou de trouble anxieux dans les 4 semaines; un autre trouble de l'axe I prédominant sur le TAC; un trouble organique; des idées suicidaires dans les six

mois précédant la thérapie; la présence actuelle ou passée de trouble bipolaire, de psychose ou de schizophrénie. Les 9 personnes retenues ne présentaient aucun de ces critères d'exclusion.

Dans le cas de la présente étude 4 personnes prenaient une médication (antidépresseurs ou anxiolytique) stable pendant la thérapie.

Évaluation des participants

Les participants ont été évalués par un évaluateur clinique indépendant en pré, mi et post traitement ainsi que lors d'un suivi 6 mois après la fin de la thérapie. Des entrevues semi-structurées ont été administrées incluant le Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodman et al., 1989) et l'entrevue clinique structurée du DSM-IV(*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*, 1994). Des mesures auto-rapportées ont aussi été utilisées. On retrouve entre autre le Questionnaire de Personnalité-4+ (PDQ-4+; (Wilberg, Dammen, & Friis, 2000)), l'Inventaire de Padua (PI; (Sanavio, 1988)), l'Inventaire de Dépression de Beck-II (BDI-II; (Beck, Steer, & Garbin, 1988)), l'Inventaire d'Anxiété de Beck (BAI; (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988)), le Questionnaire sur l'encombrement (SI-R; (Frost, Steketee, & Grisham, 2004)), le Questionnaire des cognitions sur l'encombrement (SCI-R; (Steketee, Frost, & Kyrios, 2003)) ainsi que des échelles cliniques et calepins (O'Connor & Robillard, 1999). Ces mesures d'évaluation des participants ont été choisies puisqu'elles étaient des mesures étalons des symptômes obsessionnels-compulsifs (Y-BOCS, SCID-I/CV, PI), d'accumulation compulsive (SI-R et SCI-R), de traits de personnalité (PDQ-4+), d'humeur (BDI-II) et d'anxiété (BAI). Certains questionnaires auto-rapportés mentionnés précédemment n'ont pas été remplis par tous les participants durant l'étude. L'utilisation de ces questionnaires sera alors descriptive pour les cas cliniques seulement qui eux ont suivi la thérapie suite à l'ajout de ces questionnaires.

Les calepins d'auto-enregistrement devaient être remplis par les participants à chaque jour pour toute la durée de la thérapie afin de mesurer 4 variables : 1- les symptômes TAC (en durée et la détresse vécue), 2- l'état émotionnel, 3- les inférences primaires et secondaires, 4- les interprétations.

Les différentes variables, sauf la durée, sont évaluées sur une échelle de 0 à 100. Pour certaines échelles, une échelle en mots (aucun à extrême) aide les gens à situer leur expérience sur l'échelle numérique. Cette méthode permet une standardisation dans l'échelle chiffrée. Deux items mesurent les symptômes; la durée en heures et minutes pendant laquelle le symptôme est présent ainsi que le degré de détresse qui évalue jusqu'à quel point le symptôme TAC a dérangé la personne. Les inférences primaires sont les attentes des gens face à la probabilité d'occurrence d'un événement ou d'un état. Les inférences secondaires réfèrent à l'évaluation de l'aspect réaliste d'une conséquence. Lors de la thérapie, le choix de deux comportements compulsifs est fait afin d'évaluer les inférences primaires et secondaires. Un est choisi avec un degré d'efficacité relativement élevée afin d'être atteignable en cours de thérapie et un autre dont l'efficacité est faible, ce qui indiquerait le test ultime à atteindre. Les calepins d'auto-enregistrement sont introduits progressivement en cours de thérapie. Les symptômes sont évalués à la première semaine de thérapie par les clients. La semaine suivante on ajoute l'évaluation de l'état émotionnel et à la troisième semaine les variables restantes. Les calepins aidaient le thérapeute à suivre l'évolution des accumulateurs à chaque semaine afin d'ajuster la thérapie. Aussi, l'auto-enregistrement permet aux clients d'en apprendre sur leurs difficultés et ce dans une optique de changement. Dans le cadre de la présente étude certaines informations tirées des calepins ont été mises sous forme de figures pour les deux cas cliniques étudiés plus en profondeur. De plus, les participants devaient prendre en photos les pièces encombrées de leur demeure au début et à la fin de la thérapie afin d'avoir une mesure objective de l'évolution du désordre.

Le choix des cas cliniques analysés plus en profondeur a été fait en fonction de la sévérité et de la comorbidité. Les accumulateurs ayant fréquemment un autre trouble psychologique concomitant, il est pertinent d'évaluer l'impact de la thérapie dans un cas d'accumulation simple versus lors d'un tableau plus complexe. Dans le cas clinique #1, celui de Mylène, il s'agit d'une accumulatrice célibataire dans la trentaine qui en est à ses débuts dans la problématique d'accumulation. Elle présente

des symptômes d'accumulation légers et n'a pas d'autres troubles psychologiques comorbides. Dans le cas clinique #2, celui de Sophie, il s'agit d'une mère monoparentale dans la quarantaine présentant des symptômes d'accumulation modérés. Sophie présente également des symptômes anxieux et dépressifs en plus de son problème d'accumulation. En analysant ces deux cas cliniques nous pouvons avoir de l'information sur des femmes ayant un problème d'accumulation d'intensité différente. Le cas de Sophie permet également de voir si des symptômes psychologiques comorbides ont un effet dans le traitement d'un trouble d'accumulation compulsive. L'élaboration des sections des cas cliniques a été faite en fonction des sections habituellement utilisées dans les études de cas cliniques (St-Pierre-Delorme, Lalonde, Perreault, Koszegi, & O'Connor, 2011).

Mesures

Les symptômes obsessionnels compulsifs ainsi que les symptômes anxieux et dépressifs, seront mesurés à l'aide des résultats obtenus en pré-thérapie ainsi qu'en post-thérapie sur la base de questionnaires auto-rapportés et d'entrevue semi-structurée. Le processus thérapeutique et les évaluations ont déjà été complétés en entier par les participants lors de la conception de cette étude (un exemplaire de chacun se trouve en annexe) :

- 1- *Le Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* (O'Connor & Robillard, 1999; Taillon et al., 2013). Il s'agit d'une entrevue semi-structurée comprenant 19 items à partir desquels le clinicien cote la sévérité des symptômes de 0 à 4 (0 étant aucun symptôme et 4 étant symptômes extrêmes). Il est demandé le temps occupé par jour par les obsessions et les compulsions, la détresse encourue, l'impact qu'elles ont sur le fonctionnement social et professionnel, si le patient tente de les contenir et ultimement le niveau de contrôle sur celles-ci. Un score variant entre 0 à 7 indique l'absence de symptômes, de 8 à 15 des symptômes légers, de 16 à 23 des symptômes modérés, de 24 à 32 des symptômes sévères et un score de 32 à 40 des symptômes extrêmes. Il est possible d'obtenir un score selon les deux dimensions de l'instrument, soit un pour les obsessions et

un pour les compulsions ou un score global. Cette entrevue semi-structurée est une mesure étalon dans le domaine des troubles obsessionnels compulsifs. Suite à une adaptation, elle a été utilisée à maintes reprises dans les études de traitements pour le TAC. Les qualités psychométriques du Y-BOCS sont démontrées par une consistance interne de 0,89 $p < 0,001$ ainsi qu'une corrélation minimale de $r = 0,85$ sur le score global et sur chacun des items lors de l'étude de validation de cet instrument. Suivant les critères de l'EBA, la fidélité du Y-BOCS peut être qualifiée de bonne ou excellente selon les indices utilisés. La validité de contenu est adéquate car les concepteurs de l'instrument se sont basés sur les critères du TOC tel que défini par le DSM-III et sur leurs observations cliniques. De plus, il a une bonne validité de convergence ($r = 0,74$; $P < 0,0001$) avec le CGI-Obsessional Compulsive Scale (CGI-OCS), un autre instrument évaluant le TOC. Le score total au questionnaire sera considéré.

- 2- *Le Questionnaire sur les processus inférenciels (QPI-x) (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005)* est un questionnaire auto-rapporté de 54 items mesurant la déformation des processus inférenciels qui seraient propres aux troubles obsessionnels compulsifs. Le client est appelé à coter de 1 à 6 son niveau d'accord avec l'affirmation (1 étant fortement en désaccord et 6 étant fortement en accord). Les affirmations peuvent être par exemple : « J'invente des règles arbitraires et je ressens ensuite l'obligation de m'y soumettre » ou encore « Je suis parfois plus convaincu par ce qui pourrait être là que par ce que je vois vraiment ». Les scores varient entre 54 et 324. Les qualités psychométriques de cet instrument sont appuyées par une consistance interne de 0,90. De plus, une validité de critère a été trouvée lors de comparaisons post-hoc où les patients délusionnels et TOC cotaient significativement plus haut que les sujets contrôles et anxieux (alpha de 0,05). Aussi, des relations significatives ont été obtenues avec les symptômes TOC tels que mesurés par le Padua Revised total ($r = 0,52$, $p < 0,001$). Une différenciation avec les symptômes dépressifs et anxieux est retrouvée lors de corrélations avec le BDI ($r = 0,33$, $p < 0,01$) et le BAI ($r = 0,48$, $p < 0,001$). Le score total au questionnaire sera considéré pour la présente étude.

- 3- *Le Beck Depression Inventory II (BDI-II)* (Beck, Steer, et al., 1988) est un questionnaire auto-rapporté de 21 items mesurant les symptômes cognitifs et végétatifs de la dépression au cours des deux dernières semaines. Les items peuvent s'attarder sur la tristesse, la culpabilité, l'image que l'on a de soi, le risque suicidaire, les habitudes de sommeil ou l'alimentation par exemple. Les scores variant de 0 à 13 indiquent des symptômes minimaux de dépression, de 14 à 19 des symptômes faibles, de 20 à 28 des symptômes modérés et de 29 à 63 des symptômes sévères. Les qualités psychométriques du BDI-II sont démontrées par une consistance interne élevée chez les patients en externe (0,92) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (0,93). De plus, cet outil a une bonne validité de contenu s'appuyant sur les critères diagnostics de la dépression définis par le DSM-IV. Il possède également une bonne validité de construit avec le Beck Hopelessness Scale ($r=0,68$, $p < 0,001$) un instrument semblable servant à évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Le score total au questionnaire sera considéré pour la présente étude.
- 4- *Le Beck Anxiety Inventory (BAI)* (Beck, Epstein, et al., 1988) est un questionnaire auto-rapporté de 21 items mesurant l'intensité des symptômes anxieux au cours des deux dernières semaines. Les items portent notamment sur la crainte que le pire ne survienne, des battements cardiaques marqués, une sensation d'étouffement, la peur de mourir ou de défaillir. Les scores varient de 0 à 63, les scores élevés correspondant à un niveau sévère d'anxiété ressentie. Les scores de 0 à 7 indiquent un niveau minimal d'anxiété, de 8 à 15 une anxiété faible, de 16 à 25 une anxiété modérée et de 26 à 63 une anxiété sévère. Les qualités psychométriques du BAI sont démontrées par une haute consistance interne (0,92) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest de 0,75. Cet instrument a une bonne validité de contenu s'appuyant sur les critères diagnostics du DSM-III-R (particulièrement ceux du trouble panique et de l'anxiété généralisée). Aussi, il semble être bien lié à d'autres mesures auto-rapportées et cliniques de l'anxiété telles que le *Hamilton Anxiety Rating-Scale Revised* ($r=0,51$, $p < 0,001$) ainsi qu'avec les sous-échelles trait ($r=0,58$, $p < 0,001$) et état ($r=0,47$, $p < 0,01$) du *State-Trait Anxiety Inventory*. Le score total au questionnaire sera considéré.

Il existe différentes échelles auto-rapportées pour mesurer l'intensité du désordre chez les accumulateurs compulsifs tels que le Saving Cognitions Inventory-R (Steketee et al., 2003), le Saving Inventory Revised (Beck, Epstein, et al., 1988), le *Clutter image rating scale* (Wilberg et al., 2000). En ce qui concerne le Clutter image rating scale, le thérapeute et le client doivent choisir séparément quelle photo parmi des séries d'images représentant un niveau croissant de désordre allant de 1 à 9 pour les trois pièces principales de la maison (cuisine, salon et chambre à coucher) ressemble le plus au désordre actuel dans la maison du client. Toutefois, ces instruments n'ont pas été donnés et complétés aux deux temps de mesure à tous les participants. Pour les participants ayant suivi une thérapie plus récemment, une étude de leurs résultats sur ces échelles auto-rapportées a été faite. Pour voir les différents items de ces questionnaires tels que répondus par les participants, se référer à l'annexe IV. De plus, des questionnaires auto-rapportés ont été donnés aux participants à la fin de la thérapie afin d'évaluer subjectivement leur satisfaction face au traitement.

Au moment de la présente étude, le trouble d'accumulation compulsive n'était pas un diagnostic dans le DSM-IV et pouvait être vu comme un sous-type de TOC. Le Y-BOCS étant une mesure étalon pour le TOC, c'est ce qui a mené à évaluer les symptômes d'accumulation compulsive par le Y-BOCS dans cet essai.

Analyses statistiques prévues

Afin de comparer l'intensité des symptômes TAC au début et à la fin de la thérapie, des analyses de variance sur des mesures répétées pré et post seront effectuées sur les symptômes TAC mesurés par le Y-BOCS, les processus inférentiels, les symptômes anxieux et dépressifs. Dans les limites actuelles de l'étude, il est impossible d'obtenir suffisamment de participants pour une bonne puissance statistique. Nous nous concentrerons donc sur l'effet cliniquement significatif de 35% tel que calculé par les méthodes acceptées (Pallanti et al, 2002).

De plus, deux études de cas clinique de participants à la thérapie basée sur les inférences pour le TAC seront explicitées plus en profondeur. Une description du processus cognitif et comportemental chez ce client qui a obtenu une diminution de ses symptômes suite à ce traitement sera élaborée. Nous nous baserons sur le matériel obtenu en thérapie tel que : les notes évolutives du psychologue traitant au CRIUSMM, les histoires TAC et non TAC élaborées par le sujet, les calepins où les doutes et compulsions ont été travaillés, les photos prises à la demeure du participant en pré et post traitement ainsi que les échelles cliniques où l'investissement auprès des objets est évalué.

Le choix des sujets pour l'étude de cas clinique a été fait une fois les approbations obtenues par le Comité éthique de la recherche (CÉR) de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Il s'agit de deux sujets ayant bien répondu à la thérapie basée sur les inférences pour son trouble d'accumulation compulsive d'objets. Une analyse plus approfondie des inférences et de l'évolution des mesures cliniques est faite.

Traitement et évaluation du progrès

Au début du protocole de la thérapie il y a quatre sessions d'évaluation clinique. Lors de ces rencontres le thérapeute tente d'établir auprès du client une hiérarchie de ses inférences primaires et secondaires ainsi que d'évaluer le degré d'insight face à son trouble. Des mesures sont prises à la fin de la thérapie, soit à 20 semaines, ainsi que 3 mois et 6 mois suite à la fin du traitement.

La thérapie basée sur les inférences aide le participant à changer son narratif interne qui maintient les inférences primaires pour ultimement adhérer à un scénario plus réaliste qui le fera en retour changer son comportement. Contrairement au modèle cognitif-comportemental, la thérapie basée sur les inférences considère que les obsessions viennent du client et plus spécifiquement de leur propre construction narrative (raisonnement inductif) et non d'une intrusion cognitive. L'emphasis en thérapie est alors mise sur les preuves dans le ici et maintenant qui confirme ou infirme le doute. Se référer à l'annexe II pour les 10 étapes abordées lors des 20 semaines de thérapie. Le but premier de la thérapie

basée sur les inférences est de diminuer le degré de conviction envers les inférences primaires. Considérant que les inférences primaires sont la première étape de la séquence du TAC, il est attendu que la thérapie ait aussi des effets bénéfiques sur le reste de la séquence incluant les inférences secondaires, l'anxiété et les compulsions. Si le doute n'est pas pris en compte, il n'y aura pas de confusion inférentielle ce qui diminue les chances d'accumuler compulsivement des objets. Conséquemment, les risques d'accumulation étant limités les symptômes anxieux et dépressifs y étant liés s'en trouveraient diminués.

Résultats

Résultats de l'échantillon

Afin d'avoir un aperçu des résultats socio-démographiques de l'échantillon ayant servi à la présente étude, se référer au tableau 1 en annexes. Il y a de l'information sur le sexe, l'âge, la scolarité, l'occupation d'en emploi, la prise de médication, et la présence d'un trouble psychologique comorbide ou de trait de personnalité chez les participants. L'échantillon de l'étude se compare aux échantillons des autres études de traitements auprès des accumulateurs en termes des caractéristiques socio-démographiques précédemment mentionnées (Hartl & Frost, 1999; Muroff et al., 2009; Saxena & Maidment, 2004). En effet, l'âge moyen de consultation pour une problématique d'accumulation tend à être plus élevé que pour d'autres problèmes de santé mentale. Tel que relevé dans les études antérieures, il y aurait une forte comorbidité avec d'autres troubles mentaux ainsi qu'avec des traits de personnalité (Pertusa et al., 2008).

Le tableau 2 résume les scores obtenus par chacun des participants en pré et post thérapie sur le Y-BOCS, le BDI, le BAI et le QPI. Afin de vérifier s'il y avait un changement cliniquement significatif de 35% sur les mesures, un calcul du score en post thérapie (T2) moins le score en pré thérapie (T1) divisé par le score en post thérapie a été fait $((T2-T1)/T2)$. 67% (n=9) des participants ont obtenu une

diminution cliniquement significative de leurs symptômes d'accumulation tels que mesurés par le Y-BOCS. Quatre participants avaient des symptômes sous-cliniques en fin de thérapie et 1 participants des symptômes légers d'accumulation. 56% (n=9) ont eu une diminution cliniquement significative de leurs symptômes dépressifs tels que mesurés par le BDI. 33% (n=9) ont vu leurs symptômes anxieux diminuer de façon cliniquement significative. 2 personnes ont vu leurs processus inférentiels diminuer d'au moins 35%. Une taille d'effet de 0,8 a été trouvée pour le Y-BOCS, de 0,3 pour le BDI et de 0,2 pour le BAI. Généralement les neuf participants à l'étude se sont dit satisfaits de la thérapie sur les échelles auto-rapportées. Les facteurs identifiés comme ayant contribué à leur satisfaction sont : de pouvoir parler et de mieux comprendre leurs obsessions/compulsions, de recevoir des conseils et des suggestions de la part du thérapeute ainsi que des informations sur le trouble d'accumulation compulsive. Sur une échelle de type Likert à 5 ancrages tous les participants ont répondu 4 ou 5 sur la perception d'une bonne alliance avec leur thérapeute, 4 étant en accord avec l'énoncé et 5 étant très en accord. Se sentir compris et acceptés par leur thérapeute aurait été un élément essentiel selon les participants.

Introduction du cas clinique #1 : Mylène

Mylène était une femme de 42 ans, célibataire et sans enfant. Elle vivait seule en appartement et occupait un emploi d'éducatrice dans un service de garde. Elle a entamé des démarches pour une psychothérapie suite au visionnement d'une émission sur l'accumulation compulsive à la télévision. À ce moment elle aurait réalisé qu'elle souffrait d'accumulation compulsive. Elle rapportait des symptômes d'accumulation depuis l'adolescence mais son problème se serait aggravé dans les dernières années. Mylène n'aurait pas consulté auparavant pour des symptômes d'accumulation.

Présentation du problème

Impact. Mylène observait plusieurs conséquences à son problème d'accumulation. Ayant peur que ses amies ne la juge et se sentant honteuse, sa situation l'empêchait d'amener des gens à la maison.

Elle ne pouvait alors rendre la politesse lors de ses rapports sociaux et redoutait qu'elle ne puisse avoir une vie sentimentale et amicale satisfaisante.

Désordre. Les objets occupaient une bonne partie de l'appartement, jonchant le sol ainsi que le dessus des meubles tels que le four, la table de cuisine et les chaises. Mylène se plaignait particulièrement de l'encombrement de sa chambre. Elle y décrivait une montagne de vêtements jetés pêle-mêle par terre, des valises, des boîtes, des paniers ainsi que des souliers au sol. Le lit par contre n'aurait pas été encombré. Dans les questionnaires auto-rapportés, la cliente évaluait à 100% l'espace encombré dans son appartement. Il était difficile de trouver les objets dont elle avait besoin et de se déplacer dans l'appartement. Avant le début du traitement, il était impossible pour Mylène de manger à table ou même de se préparer des repas dans sa cuisine. Or, selon ses réponses aux questionnaires elle décrivait une difficulté légère à jeter les objets ou à ne pas effectuer d'achats compulsifs. De plus, au questionnaire sur les cognitions en lien avec l'accumulation, Mylène n'endossait que faiblement les doutes obsessionnels habituellement rencontrés avant de jeter un objet. Durant la phase d'évaluation en pré-traitement de la thérapie, des photos de l'appartement ont été prises par la cliente. Toutefois pour des raisons non mentionnées dans le dossier de recherche, celle-ci ne les aurait pas apportées à la thérapeute pendant le suivi.

Historique du problème

Mylène déclarait avoir développé dès l'adolescence des comportements d'accumuler des objets inutiles et aurait été incapable de s'en débarrasser. Depuis ce temps son problème aurait augmenté pour devenir problématique dans sa trentaine. Elle rapportait avoir tenté de désencombrer à quelques reprises son appartement par le passé. D'après les notes au dossier de recherche, son père aurait aussi fait le ménage chez elle pendant une semaine où elle était absente. Nous n'avons pas plus d'informations à ce propos. Or, elle aurait eu de la difficulté à maintenir ses gains et le désordre était

revenu. Elle débute la thérapie avec des attentes réalistes quant à son accumulation acceptant le travail graduel.

Antécédents psychologiques personnels et familiaux

Mylène ne présentait aucun antécédent psychiatrique ou psychologique.

Évolution du traitement pour Mylène

À la première séance la thérapeute décrivait à Mylène la différence entre un doute illusoire et un doute réel. La cliente semble bien assimiler la nuance et est capable de donner des exemples de doutes illusoires. Le modèle du TAC et de la thérapie basée sur les inférences faisait du sens pour Mylène et elle possédait un bon jugement critique face à son accumulation. Dans les séances subséquentes, la thérapeute aida Mylène à identifier son inférence primaire (Peut-être que je vais en avoir besoin) et son inférence secondaire (Mon argent aurait pu être utilisé pour autre chose que de racheter l'objet).

Dans les premières rencontre de thérapie, la psychologue explora avec la cliente le concept du doute comme étant un concept imaginaire et travailla à l'élaboration d'un narratif obsessionnel. Mylène démontra une bonne compréhension et dû élaborer un scénario non obsessionnel aussi détaillé pour lui faire comprendre que les deux histoires pouvaient paraître autant réalistes. Par la suite, Mylène en est venue à considérer que le doute provenait de son imagination et identifia ce qui l'amenait à traverser le pont de la réalité à l'imagination. Elle identifia aisément en thérapie les mécanismes de raisonnement qui rendaient ce doute réel. Par exemple, pour l'inférence primaire «Peut-être que je vais en avoir besoin» elle détermina les erreurs de raisonnement suivantes : «Tout le monde sait que l'on a besoin de certaines choses et qu'on ne peut pas toujours prévoir à l'avance ce dont on aura besoin», «Mon père avait l'habitude de jeter beaucoup et il a souvent dû racheter les choses jetées car il en a eu besoin» ou encore «Ma mère me disait plus jeune qu'elle avait déjà porté des vêtements semblables aux miens, donc si j'aime ce morceau vaut mieux le garder». Elle apprit en thérapie que ces mécanismes de

raisonnement rendaient la réalité confuse. Elle ne se fiait plus sur ses 5 sens mais plutôt sur son imagination.

À la douzième semaine de thérapie, la cliente décrit un épisode plus difficile où son père l'aurait critiquée en lien avec l'encombrement qui subsiste. Elle rapporta avoir été bouleversée ainsi que fragilisée au discours du TAC et elle aurait fait des achats inutiles. Toutefois, elle décrit ce moment comme étant un point tournant où elle réalisa que le ressenti d'émotions intenses est pour elle un signal d'alarme aux achats compulsifs. Elle comprit alors qu'elle devait trouver des activités alternatives au magasinage pour ces moments difficiles. Ensuite, la thérapeute souligna par un jeu de rôle les situations non obsessionnelles où la cliente est capable de faire un choix basé sur l'ici et maintenant. À la seizième séance de thérapie, le thème de vulnérabilité fut discuté avec la cliente suite à une semaine plus difficile au niveau du désencombrement. Elle verbalisa à la thérapeute le thème suivant : «Je suis une personne incapable de m'affirmer et pour me protéger et contrôler ma vie je dois me réfugier dans l'accumulation». Ce thème de vulnérabilité venait renforcer son doute obsessionnel et maintenir l'accumulation.

Dès le début du traitement la cliente manifesta son désir de désencombrer son appartement. Tout au long du suivi Mylène se mis en action. À quelques reprises lors du suivi toutefois elle éprouva des difficultés à demeurer constante dans son désencombrement. Par exemple, à la semaine 11 la cliente avoua avoir «procrastiné» ayant été découragée suite à s'être fixée un objectif trop élevé de désencombrement. De plus, certains événements tels que la mort de sa belle-mère ou une rupture amoureuse sont venus la déstabiliser lors de sa thérapie. Au final, Mylène sembla avoir désencombré son appartement de façon instable mais constante. À la moitié de la thérapie la cliente observait un changement de comportement puisqu'elle ne serait pas allée magasiner suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle mais aurait plutôt fait du ménage. Elle se serait arrêtée afin d'analyser la situation et d'observer que cette stratégie ne fonctionnait pas pour elle puisque cela augmentait son accumulation.

Elle a alors choisi délibérément de passer ses émotions négatives dans le ménage de son appartement, une solution qui n'alimente pas son problème d'accumulation. De plus, elle était fière de son évolution à la fin de la thérapie et remarqua que le travail thérapeutique sur l'accumulation s'était généralisé à d'autres sphères de sa vie où elle ressentait moins d'ambivalence et passait plus à l'action.

Dans les questionnaires auto-rapportés que Mylène a remplis à la fin de la thérapie, elle déclara ne plus du tout vivre d'encombrement et de détresse associée à celui-ci. De plus, elle est passée d'un score léger de 8/40 au Y-BOCS en pré thérapie à un score sous-clinique de 3/40 suite à la thérapie, une diminution de 17,5%. La figure 1 en annexe montre l'évolution de la probabilité d'occurrence des inférences primaires de la cliente telle que mesurée par la cliente quotidiennement dans un calepin au courant de la thérapie. On peut y voir que la probabilité que les inférences «Peut-être que le souvenir va s'effacer tranquillement» et «Peut-être que je pourrais en avoir besoin» diminuent en intensité durant le suivi thérapeutique.

La thérapie a été délivrée par une psychologue membre de l'Ordre des Psychologues du Québec qui fût entraînée à la thérapie basée sur les inférences au CRIUSMM. Les perceptions et les réactions de la participante envers la thérapeute durant le processus thérapeutique ont été mesurées par un court questionnaire nommé «L'Évaluation de la rencontre par le client». Mylène se dit très satisfaite de la thérapie et de la relation thérapeutique.

Facteurs limites

Au cours des premières séances de la thérapie, Mylène confia suivre en parallèle un traitement psychologique (Biofeedback) pour une autre raison que son accumulation. Le dossier de recherche ne fournit pas de détails supplémentaires outre qu'afin de réduire l'interférence, il fut alors demandé à la cliente de cesser le temps de la thérapie son autre suivi, ce qu'elle fit à partir de la quatrième séance de thérapie. Mylène débuta le suivi avec une forte motivation à diminuer son accumulation. Malgré des moments plus difficiles en thérapie tels que mentionnés plus haut, elle est parvenue à maintenir sa

motivation. Elle présenta aussi un fort degré d'insight pendant la thérapie tel que mesuré par la question 11 du Y-BOCS (score de 0 sur 4) et la question 9 de l'OVIS au début et à la fin du traitement. Or, il y a quelques séances où la cliente arriva en retard. Les auto-enregistrements étaient parfois partiellement remplis et elle n'a pas rapporté les photos de son appartement en pré et post thérapie. De plus, l'implication aux devoirs de la cliente fut variable durant le suivi. Cette variation coïncida avec certains échecs vécus dans le désencombrement où des défis qu'elle s'était imposée étaient trop élevés, ainsi qu'avec des événements de vie difficiles.

Introduction du cas clinique #2 : Sophie

Sophie était une femme de 45 ans, divorcée et mère de trois adolescents âgés à l'époque de 14, 16 et 18 ans. Elle demeurait avec ses garçons et occupait un emploi de préposée aux bénéficiaires dans un CHSLD. Elle aurait pris conscience de l'encombrement de sa demeure suite au suicide de sa sœur. Cet épisode ayant été particulièrement pénible émotivement, son encombrement aurait atteint des sommets. Elle aurait par la suite mentionné son problème d'accumulation auprès de son médecin et de psychologues mais ne l'aurait pas adressé directement lors de ces suivis. Sophie décrivait une prise de conscience que son problème ne disparaîtrait pas si elle ne prenait pas les actions nécessaires. De plus, elle craignait que ses comportements n'aient une incidence sur son futur l'empêchant de socialiser selon ses désirs ou créant des tensions dans ses relations avec ses fils.

Présentation du problème

Impact. Sophie décrivit à la thérapeute plusieurs conséquences de son problème d'accumulation. Elle éviterait de recevoir des gens chez elle ou de développer d'autres relations amicales par peur du jugement. Elle précisa qu'elle ne tolérerait que la visite de sa sœur dans sa maison. Cette peur du jugement l'aurait bloqué également dans la recherche d'un nouveau compagnon de vie. De plus, Sophie demandait à ses fils de ne pas inviter d'amis à la maison. Elle appréhendait ce qu'ils penseraient d'elle et que ses enfants ne perdent leurs amis à cause de l'état de la maison. En début de

traitement, la cliente révéla à la thérapeute que sa machine à laver était défectueuse depuis un certain temps mais qu'elle n'osait pas appeler le réparateur. Sophie rapportait passer beaucoup de temps à penser à des solutions et aurait éprouvé une grande difficulté à trier ses documents ayant les pensées qu'elle n'y arrivera pas, qu'elle n'en était pas capable. Madame ne présentait que des obsessions en lien avec l'accumulation. Finalement, la cliente adoptait des comportements d'évitement en n'allant pas dans les ventes de garages et en préférant certaines activités telles que la lecture et faire une sieste au désencombrement.

Désordre. L'encombrement se situait particulièrement au sous-sol où une cinquantaine de boîtes étaient empilées sur le sol et dans les chambres à coucher. Des électroménagers non utilisés étaient également présents tel qu'un réfrigérateur dans le corridor. Les espaces communs de la maison étaient relativement embourbés. Dans les questionnaires auto-rapportés, la cliente décrivait qu'environ 40% de l'espace dans sa maison était encombré. Au questionnaire sur l'encombrement, Sophie rapportait une interférence légère dans l'utilisation normale des pièces mais un niveau sévère de détresse lorsqu'elle essayait de réduire son encombrement. Aussi, elle faisait l'acquisition de nouveaux objets quelques fois par semaine. Il lui était possible de préparer les repas ainsi que de faire la lessive mais avec difficulté. Sophie conservait surtout des boîtes de documents par exemple des reçus, factures, vieux magazines ou découpures de journaux. Des meubles inutilisés encombraient également son espace de vie. Au questionnaire sur les cognitions en lien avec l'accumulation, Sophie endossait fortement plusieurs doutes obsessionnels habituellement rencontrés avant de se départir d'objets. Par exemple, elle aurait donné des notes pratiquement maximale d'endossement sur les items «Ça me contrarie quand quelqu'un jette quelque chose qui m'appartient sans ma permission», «Sans cet objet je serai vulnérable», «Je dois me souvenir de quelque chose à propos de cet objet et ce serait impossible de le faire si je le jette». Sur les photos de sa demeure au début de la thérapie, on pouvait évaluer dans

les espaces principaux de vie et au sous-sol une intensité légère d'encombrement selon le Clutter index. Pour un aperçu de ses photos personnelles se référer à l'annexe VII.

Historique du problème

Sophie rapportait que ses comportements d'accumulation compulsive auraient débutés vers l'âge de 16-17 ans. À cette époque, sa mère aurait quitté pendant un an ses enfants pour régler ses problèmes personnels. Le dossier de recherche de la cliente ne nous permettait pas d'avoir plus de détails à ce propos. Cette période aurait été rude pour la cliente. Ses difficultés se seraient exacerbées il y a 10 ans lors de son divorce pour culminer suite au suicide de sa sœur en 2009. Sophie relatait l'évolution de son encombrement dans la dernière décennie où il était présent seulement au sous-sol, puis s'est étendu aux chambres et finalement à l'ensemble de la maison. Depuis ce temps elle percevait le ménage comme une montagne à gravir.

Antécédents psychologiques personnels et familiaux

Sophie aurait vécu un épisode dépressif majeur suite à son divorce en 2006. Durant la thérapie au CRIUSMM elle était sous médication stable ; du Citalopram à raison de 40 mg par jour. La cliente rapportait des antécédents psychologiques familiaux. Selon elle sa sœur morte par suicide ainsi que sa mère auraient présenté des symptômes du trouble de personnalité limite et de la cyclothymie. De plus, sa mère aurait eu des comportements d'accumulation tels que de fouiller dans les poubelles et de ramasser des choses dans la rue.

Évolution du traitement pour Sophie

Les quatre premières séances avaient pour but d'évaluer plus précisément le problème d'accumulation de la cliente. À la rencontre initiale, la thérapeute expliquait les modalités du traitement ainsi que le modèle qui y était utilisé. La cliente se disait à l'aise avec l'information transmise. Elle aurait décidé de ne plus prendre les pamphlets et les autres informations distribuées gratuitement afin de limiter son accumulation. Sophie éprouvait de la difficulté à identifier certains doutes et les

inférences secondaires n'ayant pas ses objets devant elle. Elles en sont venu à identifier les inférences suivantes : «Si je jette les choses que je conserve je peux perdre quelque chose d'important (p.ex des informations) dont j'aurais besoin un jour». Sophie mentionnait aussi être découragée face à l'ampleur de son problème et du désencombrement à effectuer. Les attentes face à la thérapie ont été discutées en début de traitement par la thérapeute. Sophie manifestait des attentes élevées et tendait à s'attribuer le blâme de ses échecs au désencombrement. Par exemple, pendant sa semaine de vacances elle souhaitait faire le ménage de sa maison. Toutefois, ayant été anxieuse face à l'ampleur de la tâche elle n'a pas pu réaliser ses plans ni même se reposer se sentant coupable de son inaction.

À la première séance de thérapie, la cliente saisissait bien la nuance entre les deux types de doutes. Sophie rapportait à la thérapeute vivre des fluctuations au niveau de son humeur depuis le début de son suivi. Après exploration, il semblait que ces fluctuations soient attribuables à sa prise en charge face à son problème d'accumulation. Elle s'investissait donc dans les devoirs et le désencombrement de sa maison. En étant en contact direct avec sa souffrance et en n'évitant plus, elle tendait à vivre plus intensément ses émotions. Sophie soulignait que son découragement était plus intense lors de ses journées de congé car elle était en contact direct avec son encombrement et se souvenait des inconvénients qui y étaient liés dont l'isolement social.

Lors de l'écriture de l'histoire alternative, la cliente était stimulée par cette vision de son expérience et participait bien à son élaboration même si l'histoire TAC était encore pour elle plus réelle à ce moment. Pour un exemple d'une histoire TAC et d'une histoire alternative, se référer à l'annexe VI. À la septième séance de thérapie, Sophie a amené quelques objets afin de l'aider à identifier les arguments TAC. Les ayant en mains, elle est parvenue à déterminer que l'aspect esthétique était l'argument imaginaire le plus important et que son besoin d'espace primait du côté de la réalité.

La huitième semaine de thérapie fut difficile pour la cliente. Elle réalisa que des objets qu'elle a aimés un jour ne lui étaient plus utiles et se sentait coupable de ne pas s'en être débarrassé avant. De

plus, ayant aidé à vider l'appartement de sa mère elle aurait rapporté des objets supplémentaires chez elle, ce qui l'a fortement découragé. Sophie marqua un point tournant la semaine suivante en réussissant à désencombrer un peu et à jeter certains objets. Cette réalisation lui souligna qu'elle était apte à le faire et lui donna un regain de motivation. Elle décrivait se sentir moins anxieuse en général. Ce gain fut aussi observé lors des échelles cliniques à la mi thérapie avec la psychologue.

À la quinzième semaine la thérapeute aborda le thème de vulnérabilité avec la cliente. Celle-ci avait une perception d'elle comme étant désordonnée, paresseuse et irresponsable. Pour contrer cette vision négative d'elle-même, elle en venait à douter à outrance de prendre la bonne décision en jetant un objet et donc le gardait afin de ne pas faire une erreur. Cette image que Sophie avait d'elle-même face à l'accumulation ne cadrait pas avec celle qu'elle affichait à son travail en formant régulièrement de nouvelles employées ce qui requérait d'elle d'être responsable et organisée.

Vers la fin du suivi thérapeutique la cliente désencombra un peu chaque jour. Elle arrivait également à déléguer certaines tâches à ses garçons. Elle observait qu'elle s'ouvrait et se confrontait de plus en plus aux situations qui lui créaient de l'anxiété. Par exemple, des amis et copines de ses garçons sont venus à la maison. Elle rapportait s'être sentie anxieuse face à cette expérience mais être contente d'elle par la suite. Ses émotions face à son encombrement semblaient avoir évoluées selon les calepins d'observation. En effet, à la figure 2 en annexe on peut observer une hausse de l'espoir et une réduction du découragement dans les dernières semaines de la thérapie. Sophie aurait aimé que son désencombrement se fasse plus rapidement mais apprivoisait l'idée de se centrer sur ses succès plutôt que sur le reste de la tâche à accomplir. Au questionnaire sur l'encombrement elle évaluait l'encombrement global de sa demeure toujours à 40% mais le pourcentage des meubles encombrés était passé de 60% à 30%. Elle parvenait avec difficulté à préparer de la nourriture, faire la lessive ou encore s'asseoir au salon. Elle accomplissait aisément ces activités en fin de thérapie. Le questionnaire sur les cognitions complété en post thérapie souligne une diminution de l'intensité des croyances

obsessionnelles en lien avec l'accumulation. Les changements sont aussi observables sur le Y-BOCS où Sophie est passée d'une intensité modérée-importante (21/40) à une intensité faible (10/40) une diminution de 27,5%.

Lors des suivis téléphoniques suivant la thérapie, Sophie mentionnait avoir continué son désencombrement. Elle adoptait moins de techniques d'évitement comme de dormir ou de lire. Bien que le désencombrement ait été variable en fonction de son humeur, elle mentionnait avoir réussi à jeter de gros objets comme son four qui ne fonctionnait plus. Elle aurait développé des attentes plus réalistes de son chez soi idéal et était en paix avec ses attentes. Au dernier suivi téléphonique l'humeur de Sophie était positive, elle avait même rencontré un compagnon de vie potentiel.

Facteurs limites

Tel que mentionné précédemment, Sophie débutait le suivi avec des attentes de résultats élevés quant au désencombrement. Même si ces attentes ont été abordées et recadrées avec la cliente en début de thérapie, celle-ci tendait à se reprocher sa lenteur à quelques reprises. Ces moments de découragement et de blâme durant la thérapie semblent avoir eu comme impact de ralentir le désencombrement de Sophie et ultimement d'atténuer la diminution de son encombrement. Les résultats sur l'échelle de dépression de Beck indique que son humeur serait demeurée relativement stable aux deux moments de mesure dans la thérapie (16/63 en pré et 13/63 en post thérapie) soulignant un niveau modéré de dépression. Toutefois, des fluctuations de son humeur ont été observées par la thérapeute durant la thérapie et étaient liées à sa motivation. Cette fluctuation de la motivation s'est traduite dans le désencombrement effectué ainsi que la complétion des calepins d'auto-observation. Il est à noter que la fluctuation de la motivation et l'implication aux devoirs sont des éléments difficiles pour les accumulateurs en général tel que rapporté dans la littérature scientifique (Frost et al., 2010; Tolin, 2011). La thérapeute souligne que considérant ces éléments, la participation de Sophie en thérapie était relativement élevée.

Discussion

Plusieurs participants répondent à une baisse cliniquement significative de 35% sur les résultats au Y-BOCS. Cette thérapie aurait de bons résultats aussi sur les symptômes d'accumulation comme peut en témoigner la grande taille d'effet retrouvée (0,8). Il y aurait de petits effets de la thérapie basée sur les inférences chez les accumulateurs sur leurs symptômes anxieux (0,2) et dépressifs (0,3). On peut observer une hétérogénéité chez les 9 participants à l'étude. Certains présentent des symptômes d'accumulation sévères et d'autres légers. 5 participants avaient un trouble psychologique comorbide en plus de leur problème d'accumulation. Mylène par exemple présentait une problématique d'accumulation sans autre trouble psychologique concomitant. D'autres participants au contraire avaient d'autres troubles psychologiques en plus de l'accumulation compulsive. Les profils socio-démographiques étaient également variables ; certains occupant un emploi, un étendu d'âge allant de 31 à 62 ans, autant d'hommes que de femmes. Aussi, ces divers profils mènent à des résultats de thérapie hétérogènes. Prenons le cas de Mylène, une femme de 42 ans sur le marché du travail et présentant des symptômes légers d'accumulation. À la fin de la thérapie, cette participante présentait des symptômes d'intensité sous-cliniques d'accumulation compulsive. Nous pouvons penser que la thérapie basée sur les inférences fonctionne bien auprès d'accumulateurs ne présentant pas d'autres problèmes de santé mentale lorsqu'ils consultent tôt pour leur problème d'accumulation. Toutefois, le cas clinique de Sophie nous indique que la thérapie basée sur les inférences donne des résultats auprès de personnes présentant des symptômes d'accumulation plus sévères et ayant au moins un autre trouble de santé mentale comorbide. Il subsiste dans le cas de Sophie des symptômes d'accumulation d'intensité légère notamment, ayant encore un peu d'encombrement dans sa demeure, mais sa qualité de vie s'en est trouvée grandement améliorée. Elle peut recevoir les amis de ses fils sans gêne à la maison, penser à refaire sa vie sentimentale et faire ses tâches ménagères sans difficulté. Des changements cliniquement significatifs ont été trouvés auprès de 4 autres participants à l'étude. Les changements positifs observés dans leur qualité de vie se traduisent aussi par une diminution

significative de leurs symptômes dépressifs. On peut penser que la thérapie et la mise en action via le désencombrement jouent un rôle pour contrer les symptômes dépressifs associés à leur problème d'accumulation. «L'Évaluation de la rencontre par le client», un court questionnaire évaluant les perceptions et les réactions des participants envers le thérapeute durant le processus thérapeutique, nous indique un niveau de satisfaction général élevé face à la thérapie. Ce questionnaire à l'annexe IV renferme des questions à répondre par le client sur ce qui a été fait en séance, l'attitude du thérapeute et l'impression d'accomplir des progrès en séances.

Lors d'une analyse microscopique, on trouve des gains à plusieurs niveaux. En effet, sur le questionnaire des cognitions en lien avec l'accumulation, on observe une diminution de la croyance aux inférences primaires, signe qu'il y a un changement cognitif qui s'effectue. Sur les échelles d'encombrement, les gains sont plus réservés. Reprenant la séquence obsessionnelle de la thérapie basée sur les inférences, on peut situer le changement dans le premier maillon de la chaîne, c'est-à-dire sur le doute obsessionnel et les inférences primaires. Suite à une discussion avec leurs thérapeutes respectifs, les cas cliniques de Mylène et Sophie nous en apprennent plus sur ce phénomène. Lors de leurs thérapies respectives, elles avaient toutes deux une bonne compréhension de la théorie prodiguée par leurs thérapeutes. En comprenant que leur doute n'était pas fondé dans l'ici et maintenant, elles en sont venues à se détacher progressivement de son emprise et à moins croire leurs inférences primaires tel qu'on peut le voir par exemple dans la compilation des calepins de Mylène à la figure 1. Selon les indications dans les notes d'évolution ainsi que les discussions avec les thérapeutes, c'est suite à ce changement cognitif qu'elles ont pu désencombrer leur demeure avec moins de difficulté.

La réalisation des devoirs en thérapie a aussi été un facteur clé des résultats positifs obtenus. La procrastination, selon la littérature scientifique, était un élément commun aux accumulateurs qui les bloquaient dans la résolution de leur problème. Ainsi, la participation active aux devoirs à chaque semaine aiderait les participants à contrer l'inaction. Mylène rapportait que de désencombrer

régulièrement même pour une courte période la motivait à continuer son travail en thérapie puisqu'elle observait des résultats de plus en plus concrets au fil des semaines. Il est reconnu dans la littérature scientifique que la motivation d'un client est un facteur essentiel à des gains en thérapie. Les études antérieures sur les accumulateurs soulignaient que ce facteur était encore plus important auprès de ce type de population clinique (Cermele et al., 2001; Hartl & Frost, 1999). Dans le cas de nos deux sujets cliniques étudiés plus en profondeur, une motivation était présente. En effet, ces deux femmes étaient venues consulter de leur gré et reconnaissaient les conséquences de leur problème d'accumulation sur leur vie ainsi que sur celle de leurs proches. Cette motivation interne et non imposée par un proche ou les autorités semble avoir joué un rôle important dans leurs résultats obtenus en thérapie. Comparativement aux autres participants de cette étude, ces deux femmes semblent être à un stade de motivation au changement plus élevé. Aussi, elles se lançaient des défis personnels quant au désencombrement. Dans le cas de Sophie, d'après elle ce qui la motivait était de donner un environnement sain à ses fils afin qu'ils aient une vie sociale active à la maison. Un autre facteur de motivation était un déménagement à venir. Cela donnait une raison concrète de faire le ménage ainsi qu'un ultimatum clair au désencombrement. Toutefois, pour un autre participant (D) à l'étude le déménagement était le seul facteur de motivation. Cela aurait créé une pression supplémentaire à désencombrer. Ne pouvant y parvenir de façon réaliste, cet ultimatum a été vécu comme un échec par l'accumulateur.

Certains facteurs sont venus altérer voire freiner les changements en thérapie chez nos participants. Pour certains, la condition multiple de problématique de santé mentale semble avoir nuit à leur effort thérapeutique. Par exemple, une personne ayant des traits dépendants éprouvait de la difficulté à se mobiliser seule à la maison à désencombrer. Ainsi, il n'y avait pas beaucoup de travail thérapeutique effectué entre les séances. Un autre trait de personnalité pouvant diminuer l'efficacité de la thérapie est le trait de personnalité obsessionnelle-compulsive (Frost et al., 2000) puisque les

accumulateurs doivent entre autre trouver le «bon endroit» pour se départir d'un objet ce qui ralentirait le désencombrement. Plusieurs participants à l'étude ont eu un fort résultat sur ce trait lors de l'évaluation de la personnalité sur le PDQ-4+ (Samuels et al., 2008). Le perfectionnisme trouvé chez cette population viendrait ralentir voire bloquer le désencombrement puisque chaque objet doit avoir la destination «parfaite» à toutes les décisions (Frost, Hartl, Christian, & Williams, 1995).

En ce qui concerne les autres troubles mentaux tels que trouvés à l'axe I du DSM, certains participants en sont venus à mettre de côté leur effort sur l'accumulation en cours de thérapie pour l'orienter sur un autre problème plus prioritaire. Par exemple, un participant souffrant d'un trouble de l'adaptation ne trouvait plus la force de se centrer sur son accumulation nous rapporte son thérapeute.

De plus, une faible capacité d'introspection et d'auto-observation pouvait nuire à la thérapie (Frost et al., 2010). Les observations quotidiennes des participants viennent alimenter la thérapie ainsi que s'imbriquent dans la théorie apportée par le thérapeute. Donc, un client qui n'a pas conscience de son expérience ou qui ne l'utilise pas afin de faire des liens en thérapie tend à moins intégrer les concepts de la thérapie. En ce sens, les participants ayant une faible compréhension de la thérapie basée sur les inférences selon les notes d'évolution des thérapeutes ont observé un faible taux de changement sur les échelles cliniques mesurant l'accumulation compulsive comparativement au reste du groupe.

La motivation semblait poser problème chez plusieurs participants de l'échantillon. En effet, pour une grande proportion la réalisation des devoirs était déficiente. La procrastination de certains a eu pour effet de ralentir le rythme de la thérapie et d'observer une stabilisation des symptômes d'accumulation à travers le temps. L'évitement face au désencombrement ou aux devoirs était présent pour plusieurs participants. Certains évoquaient que ce n'était pas le bon moment ou encore qu'ils n'étaient pas dans des conditions idéales.

Limites à l'étude

Tout travail scientifique comporte des limites. En ce qui concerne la présente étude, voici un énoncé des limites s'y rattachant. Un plus grand échantillon nous permettrait de faire des calculs afin de trouver des changements statistiquement significatifs. Neuf participants subsistaient suite au retrait des abandons, désistements et des personnes n'ayant pas répondu aux deux temps de mesure requis de la banque initiale. Dans le même ordre d'idée, avec plus de participants nous aurions pu observer des changements cliniquement significatifs auprès de plusieurs accumulateurs et ainsi diversifier nos observations. Toutefois, il faut prendre en compte que les accumulateurs tendent à moins consulter d'eux-mêmes que les personnes ayant un TOC par exemple, ce qui ralentit le recrutement pour les études cliniques avec cette population.

Une étude se basant sur les dossiers de recherche comporte des avantages en durée mais nous limite dans les renseignements obtenus. Nous n'avons pas pu nous entretenir directement avec les participants. Donc, toutes les données utilisées pour l'étude sont basées sur les questionnaires, les enregistrements des entrevues ainsi que sur des discussions avec le thérapeute traitant. Ces discussions ont été utiles afin de préciser certains détails des cas cliniques mais s'avèrent limitées puisque les thérapies datent pour la plupart de quelques années.

L'instrument d'évaluation central à l'étude, le Y-BOCS, comporte plusieurs inconvénients. Construit et validé pour le trouble obsessionnel compulsif, il manque de sensibilité pour mesurer l'accumulation compulsive. L'échelle sur les compulsions qui est utilisée dans le calcul du score total n'est pas adéquate pour l'accumulation. Le temps occupé par l'achat compulsif est pris en compte mais celui pendant lequel le participant ne désencombre pas n'est pas mesurable facilement par le Y-BOCS. Les ancrages mesurant la sévérité des compulsions sont trop larges; moins d'une heure par jour, 1 à 3 heures par jour, 3 à 8 heures par jour et plus de 8 heures par jour. Ainsi, un changement allant de 7 heures à 3 heures aurait le même score selon cette échelle mais représenterait un changement clinique

considérable dans la vie d'un accumulateur. Considérant que la difficulté à désencombrer est le problème majeur chez les accumulateurs de cette étude, il y a peut-être plus de changements cliniques en réalité que ce qui a été mesuré selon cette échelle. Dans une étude future sur un traitement à l'accumulation compulsive, il serait conseillé d'utiliser l'entrevue semi-structurée élaborée par Tolin, Frost et Steketee. Le *Hoarding Rating Scale Interview (HRS-I)* (Tolin, Frost, & Steketee, 2010) permet d'évaluer l'accumulation compulsive sur 5 points centraux : le désordre, la difficulté à se débarrasser des items, l'acquisition, la détresse ainsi que l'impact sur le fonctionnement global.

Recommandations

La thérapie basée sur les inférences donne des résultats auprès des accumulateurs compulsifs. Toutefois, afin d'augmenter les gains cliniques de cette thérapie, certains éléments pourraient y être intégrés.

La thérapie basée sur les inférences est une thérapie d'approche cognitive. En ce sens des gains cognitifs ont été trouvés lors de la présente étude. Une critique souvent relevée par les accumulateurs est le manque d'exercices concrets au désencombrement. La thérapie cognitivo-comportementale créée par Frost et Hartl aux Etats-Unis a également été trouvée efficace auprès de cette population. Cette thérapie a pour élément particulier l'activation comportementale où des exercices à faire à la maison sont demandés. Lors de la présente thérapie, les psychologues encourageaient les participants à faire un peu de désencombrement chaque jour mais sans que ce soit un aspect central à la thérapie. Considérant que les accumulateurs présentent des problèmes de procrastination, mettre plus d'emphasis sur le désencombrement pourrait les activer ainsi que les renforcer à mettre en pratique les principes appris en thérapie. Dans la même ligne de pensée des visites d'un intervenant à domicile pourraient être intégrées à la thérapie. Cela s'est avéré être un élément efficace dans certaines thérapies pour l'accumulation compulsive antérieurement (Tolin et al., 2007). Actuellement l'équipe de recherche du Centre de

Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal songe sérieusement à les implanter à leur protocole de recherche pour l'accumulation.

De plus, les études antérieures sur les thérapies efficaces auprès des accumulateurs soulignent l'aspect central de la motivation. On a pu l'observer également auprès de nos deux cas cliniques qui présentaient un niveau plus élevé de motivation que le reste de l'échantillon. L'entrevue motivationnelle a été associée à des niveaux plus élevés de succès thérapeutiques auprès de populations cliniques réfractaires au changement. Il pourrait être intéressant d'intégrer ces principes dans la présente thérapie.

Finalement, le format de 24 semaines utilisé pour la présente thérapie ne semble pas suffisant. Le même nombre de séances est utilisé pour une thérapie auprès d'une personne ayant un TOC. En général, les accumulateurs prennent plus de temps à obtenir des changements cliniques perceptibles. Selon les évaluations cliniques, des changements sont souvent observés en deuxième moitié de thérapie. Aussi, les accumulateurs rapportaient qu'ils auraient eu besoin d'une thérapie plus longue selon eux. Finalement, plusieurs études portant sur des thérapies offertes aux accumulateurs compulsifs suggèrent une thérapie plus longue auprès de cette population clinique (Steketee et al., 2000).

Conclusion

En résumé, si on compare aux autres thérapies pour l'accumulation telle que la TCC de Frost et Hartl, on obtient des taux de succès semblables. Par exemple, leur étude portant sur un traitement individuel et de groupe combiné qui avait eu une diminution au Y-BOCS en post thérapie de 16% et de 27% un an plus tard (Steketee et al., 2000). Cela laisse à penser que la thérapie basée sur les inférences est au moins aussi efficace que la TCC dans les cas d'accumulation compulsive. Ce fut le cas pour les deux cas cliniques décrits dans cet essai. Une critique relevée dans les études précédentes est celle de la durée d'une thérapie pour les accumulateurs compulsifs. En effet, le délai moyen d'une thérapie pour le

TOC par exemple ne serait pas suffisant pour obtenir des résultats prometteurs avec les accumulateurs. Pendant ce temps des changements cognitifs ont été amorcés mais les progrès comportementaux dans le désencombrement par exemple demeurent restreints. Il pourrait être intéressant dans le futur d'offrir une thérapie similaire mais dans un format allongé afin de consolider les changements cognitifs et encourager au désencombrement. Et puis, en intégrant des éléments de l'entrevue motivationnelle ainsi que des exercices d'activation comportementale tels que des visites à domicile, on aurait plusieurs facteurs de changements thérapeutiques et on pourrait s'attendre à des gains cliniques supplémentaires.

Références

- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 293-308. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.003>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358%2888%2990050-5>
- Cermele, J. A., Melendez-Pallitto, L., & Pandina, G. J. (2001). Intervention in compulsive hoarding: A case study. *Behavior Modification*, 25(2), 214-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445501252003>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. (1994). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc ; US.
- Drury, H., Ajmi, S., de la Cruz, L. F., Nordsletten, A. E., & Mataix-Cols, D. (2014). Caregiver burden, family accommodation, health, and well-being in relatives of individuals with hoarding disorder. *Journal of Affective Disorders*, 159, 7-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.023>
- Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4), 367-381. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2893%2990094-B>
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 341-350. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2895%2900071-2>
- Frost, R. O., Hartl, T. L., Christian, R., & Williams, N. (1995). The value of possessions in compulsive hoarding: Patterns of use and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 897-902. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2895%2900043-W>
- Frost, R. O., Krause, M. S., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20(1), 116-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/01454455960201006>
- Frost, R. O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1163-1182. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.006>
- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: A comparison with clinical and nonclinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 38(11), 1071-1081. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2899%2900137-0>

- Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-related challenges in the treatment of hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 404-413. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.07.004>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>
- Grisham, J. R., Brown, T. A., Liverant, G. I., & Campbell-Sills, L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 767-779. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.09.003>
- Hartl, T. L., & Frost, R. O. (1999). Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: A multiple baseline experimental case study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(5), 451-461. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967%2898%2900130-2>
- Lahera, G., Saiz-Gonzalez, D., Martin-Ballesteros, E., Perez-Rodriguez, M., & Baca-Garcia, E. (2006). Differential diagnosis of hoarding behaviors. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 34(6), 403-407.
- Lebert, F. (2005). Diogene syndrome, a clinical presentation of fronto-temporal dementia or not? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1203-1204. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1430>
- Lochner, C., Kinnear, C. J., Hemmings, S. M., Sells, C., Niehaus, D. J., Knowles, J. A., . . . Stein, D. J. (2005). Hoarding in Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical and Genetic Correlates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1155-1160. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v66n0911>
- Muroff, J., Steketee, G., Rasmussen, J., Gibson, A., Bratton, C., & Sorrentino, C. (2009). Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: A preliminary trial. *Depression and Anxiety*, 26(7), 634-640. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20591>
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekkerk, J., & Taillon, A. (2009). An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 420-429. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.05.001>
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(4), 359-375.
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., . . . Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 371-386. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.007>
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *The American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1289-1298. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111730>
- Samuels, J. F., Bienvenu, O., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K.-y., . . . Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 836-844. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.004>
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967%2888%2990116-7>
- Saxena, S. (2007). Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 380-384. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.3.380>
- Saxena, S., Brody, A. L., Maidment, K. M., & Baxter, L. R., Jr. (2007). Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of Psychiatric Research*, 41(6), 481-487. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.05.001>
- Saxena, S., & Maidment, K. M. (2004). Treatment of Compulsive Hoarding. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1143-1154. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20079>
- Saxena, S., Maidment, K. M., Vapnik, T., Golden, G., Rishwain, T., Rosen, R. M., . . . Bystritsky, A. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(1), 21-27.

- Seedat, S., & Stein, D. J. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: A preliminary report of 15 cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(1), 17-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00926.x>
- St-Pierre-Delorme, M.-E., Lalonde, M. P., Perreault, V., Koszegi, N., & O'Connor, K. (2011). Inference-based therapy for compulsive hoarding: A clinical case study. *Clinical Case Studies*, 10(4), 291-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1534650111411293>
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27(4), 463-479. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025428631552>
- Steketee, G., Frost, R. O., Tolin, D. F., Rasmussen, J., & Brown, T. A. (2010). Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 27(5), 476-484.
- Steketee, G., Frost, R. O., Wincze, J., Greene, K. A., & Douglass, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 259-268. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465800003064>
- Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Cognitive-behavioral therapy for hoarding in the context of contamination fears. *Journal of Clinical Psychology*, 67(5), 485-496. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20793>
- Taillon, A., O'Connor, K., Dupuis, G., & Lavoie, M. (2013). Inference-based therapy for body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(1), 67-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.767>
- Tolin, D. F. (2011). Understanding and treating hoarding: A biopsychosocial perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 67(5), 517-526. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20795>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1461-1470. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.001>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research*, 178(1), 147-152. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.001>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Fitch, K. E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 334-344. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.008>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160(2), 200-211. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2007.08.008>
- Wilberg, T., Dammen, T., & Friis, S. (2000). Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) standard diagnoses in a sample with a high prevalence of axis I and axis II disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 295-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2000.0410295>
- Wu, K. D., & Watson, D. (2005). Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 897-921. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.013>

Tableaux

Tableau 1 : Données socio-démographiques de l'échantillon d'accumulateurs ayant suivi une thérapie basée sur les inférences.

	Taille de l'effectif	Proportion respective
Sexe		
Hommes	4	44
Femmes	5	56
Âge		
20-40 ans	1	11
41-60 ans	7	78
61 ans et plus	1	11
Scolarité		
Secondaire-professionnel	3	33
Collégial	3	33
Universitaire	3	33
Occupant un emploi		
Oui	3	33
Non	6	66
Médication		
Oui	4	44
Non	5	56
Trouble psychologique comorbide		
Oui	5	56
Non	4	44
Traits de personnalité		
Paranoïaque	1	11
Obsessionnel-compulsif	6	66
Évitant	3	33
Dépressif	4	44
Histrionique	1	11

Tableau 2: Résumé des scores des participants en pré et post thérapie sur les différents outils d'évaluation de la présente étude

	Y-BOCS		QPI		BDI		BAI	
Participants	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post
A	29	24	108	124	18	10*	6	11
B	23	13*	93	94	22	7*	23	13*
C	19	4*	101	114	7	2*	12	6*
D	25	28	54	99	17	17	3	2
E	16	22	41	30	17	29	7	9
F	27	19*	82	57	7	13	2	3
G	21	10*	30	55	16	13	5	5
H	13	4,5*	49	30*	11	0*	1	1
I	10	3*	48	30*	1	0*	4	0*

* Scores où il y a une diminution cliniquement significative d'au moins 35%

Tableau 3 : Définition des stratagèmes de raisonnement selon la théorie basée sur les inférences

Stratagèmes de raisonnement	Définition
Enchaînement purement imaginaire	Fabriquer de toutes pièces des histoires convaincantes et les vivre.
Évènements apparemment comparables	Confondre deux évènements différents qui sont séparés dans le temps ou le lieu.
Usage sélectif des faits hors-contexte	Des faits abstraits et généraux sont appliqués à votre situation personnelle.
Inférence inversée	Les conclusions concernant la réalité se trouvent à la précéder plutôt que d'arriver à la suite de son observation.
Méfiance de la perception normale	Faire abstraction des sens, voire rejeter les informations sensorielles.
Catégorie erronée	Confondre deux catégories d'informations ou deux catégories d'objets de telle façon qu'une semble être reliée à l'autre alors qu'elle ne l'est pas.

Figures

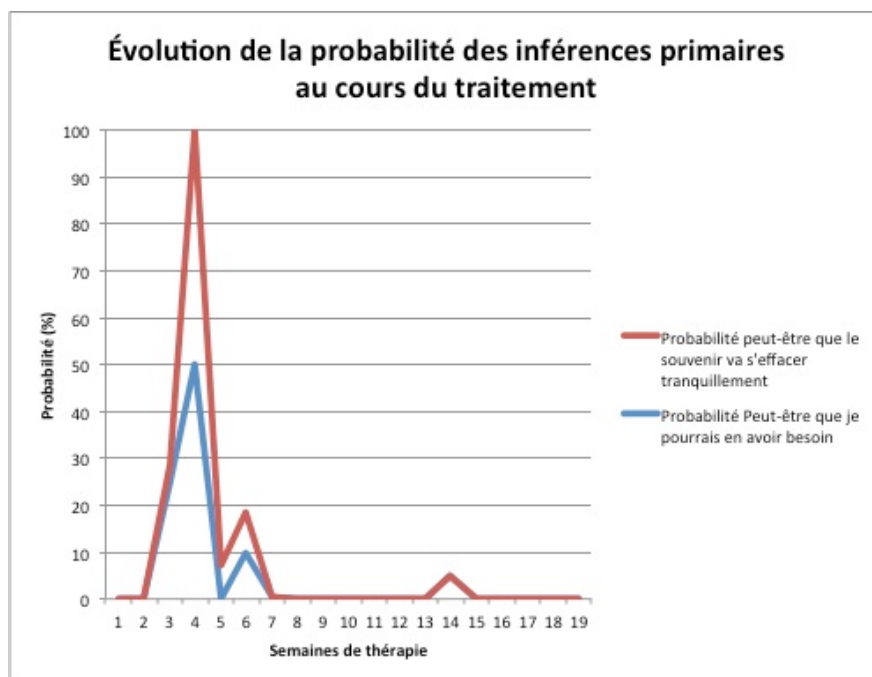


Figure 1. Évolution des inférences primaires du cas clinique de Mylène au cours de la thérapie

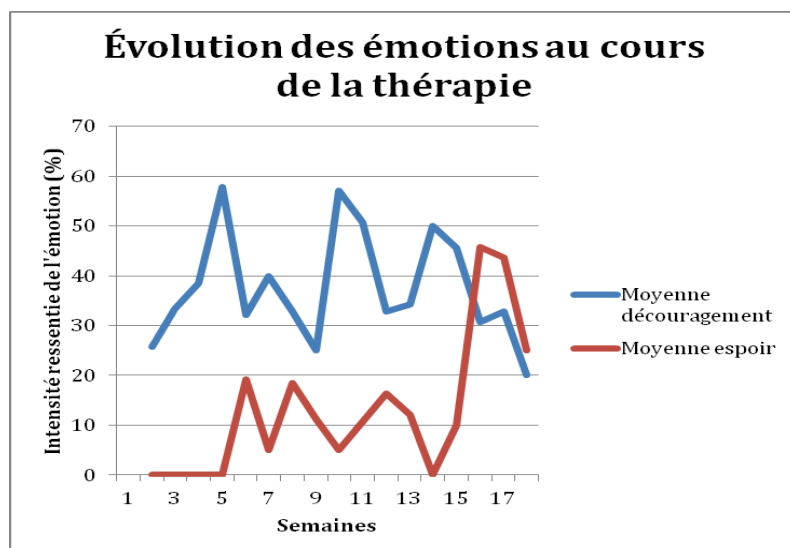


Figure 2. Évolution des émotions de Sophie à chaque semaine de la thérapie.

Annexe I



**FORMULAIRE DE
RENSEIGNEMENT ET DE
CONSENTEMENT
Adultes**



Application et efficacité d'une thérapie basée sur les inférences auprès d'une population d'accumulateurs compulsifs : une étude de cas clinique

Identité des chercheurs responsables : Kieron O'Connor, Ph. D., psychologue, CRFS
Mélodie T Blais, B. Sc., Candidate au D.Psy.
en psychologie, UdeM

Vous avez participé il y a quelques années à un protocole de recherche au Centre de Recherche Fernand-Seguin portant sur l'accumulation compulsive d'objets. Lors de ce protocole, vous aviez consenti à assister à quatre rencontres avec un évaluateur clinique ainsi qu'à remplir des questionnaires à domicile. Tel que mentionné dans le formulaire de consentement initial, les résultats aux diverses évaluations ont été conservés sous clé pour une durée de 7 ans.

Une étudiante du Dr. Kieron O'Connor au doctorat clinique, Mélodie T Blais, entame une sous-étude sur la thérapie basée sur les inférences auprès d'une population d'accumulateurs compulsifs. Pour le présent projet, l'étudiante utiliserait les données des évaluations cliniques consignées à votre dossier. L'étudiante doit obtenir votre consentement uniquement pour lui permettre d'analyser vos données consignées à votre dossier. Aucune autre intervention de votre part ne sera nécessaire. En aucun temps, votre participation sera nécessaire à l'obtention de nouvelles données de recherche.

Liberté de participation et de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons ou en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe.

Confidentialité

Les observations effectuées, les résultats aux questionnaires et aux entrevues recueillis dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiée par numéro. Les documents papiers seront centralisés dans une filière sous-clé et les données informatisées seront intégrées à une base de données avec un mot de passe sécurisé. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les données du projet de recherche seront conservées jusqu'à une période de 7 ans suivant la fin de l'étude, après quoi elles seront détruites.

Pour toute question sur vos droits à titre de participant à une recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Hôpital Louis- H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga Pavillon Bedard, 2^e étage, Porte BE-2148
Montréal, QC
H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015 poste 2920
Télécopieur : 514-251-2964

Surveillance des aspects éthique du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand- Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. A ce sujet, vous pouvez contacter :

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche
Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Téléphone : (514) 251-4015 poste 2442
Courriel : comite.ethique@crfs.rtss.qc.ca

Consentement du participant

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du participant (lettres moulées)

Signature

Date

**Prénom et nom du chercheur responsable
ou du délégué qui a obtenu le consentement (lettres moulées)**

Signature

Date

Je certifie que j'ai expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Le présent formulaire sera consigné à votre dossier de recherche. Une copie de celui-ci vous sera retournée par courrier.

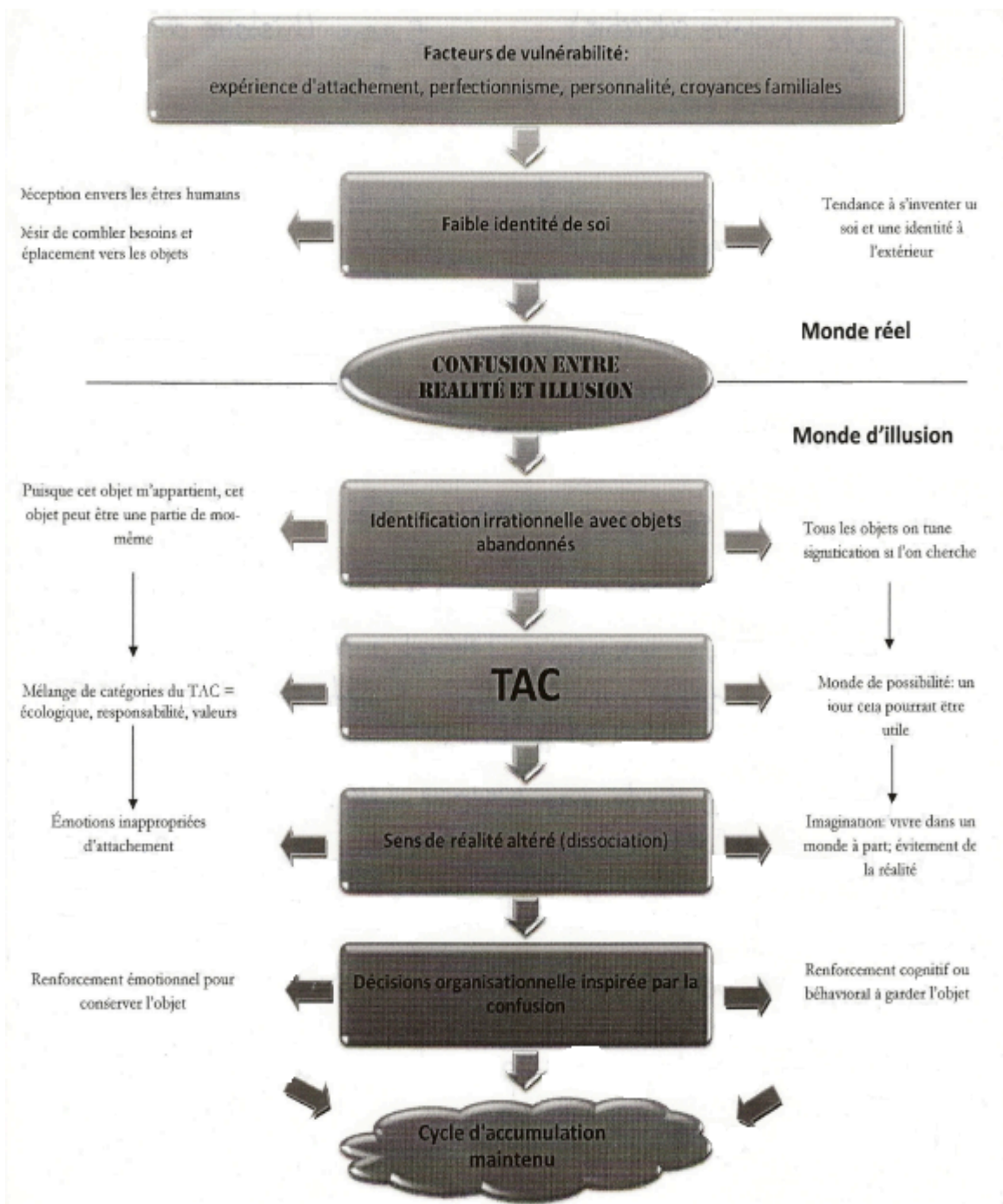
Annexe II

Les étapes de la thérapie basée sur les inférences prodiguée au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal (O'Connor et al., 2005; Pelissier & O'Connor, 2002)

Étape	Thème thérapeutique
1	Établir la distinction entre un doute illusoire et un doute réel
2	La logique du TAC
3	Le TAC est sans rapport avec le ici et maintenant
4	Le pouvoir du narratif, comment le TAC devient une histoire vécue
5	Traverser les barrières entre la réalité et l'imagination
6	Identifier les erreurs de raisonnement qui maintiennent les narratifs obsessionnels
7	Établir la fausse nature du doute TAC
8	La nature sélective du doute illusoire
9	Les thèmes de vulnérabilité en rapport avec soi dans le doute TAC
10	Sentiment de réalité et tolérer l'étrangeté

Annexe III

Modèle de traitement thérapie basée sur les inférences



(O'Connor K. 2011)

Annexe IV

EYCYB-R

No du participant; _____
Temps de mesure: _____

ÉCHELLE D'OBSSESSION-COMPULSION DE YALE-BROWN (Y-BOCS) - VERSION RÉVISÉE

Date:..... Évaluateur:.....

Obsessions

1.	Temps passé aux obsessions	<i>Nul</i> 0	<i>Un peu</i> 1	<i>Moyen</i> 2	<i>Important</i> 3	<i>Extrêmement important</i> 4
1.b)	Intervalle sans obsessions (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i> 0	<i>Long</i> 1	<i>Moyennement Long</i> 2	<i>Court</i> 3	<i>Très court</i> 4
2.	Interférence liée aux obsessions	0	1	2	3	4
3.	Détresse associé aux obsessions	0	1	2	3	4
4.	Résistance	<i>Résiste totalement</i> 0	1	2	3	<i>Cède complètement</i> 4
5.	Contrôle sur les obsessions	<i>Contrôle total</i> 0	<i>Beaucoup de contrôle</i> 1	<i>Contrôle moyen</i> 2	<i>Peu de contrôle</i> 3	<i>Pas de contrôle</i> 4
Sous-total pour les obsessions (additionner les items 1 à 5):						

Compulsions

C6.	Temps passé aux compulsions	<i>Null</i> 0	<i>Un peu</i> 1	<i>Moyen</i> 2	<i>Important</i> 3	<i>Extrêmement important</i> 4
C6.b	Intervalle sans compulsions (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i> 0	<i>Long</i> 1	<i>Moyennement Long</i> 2	<i>Court</i> 3	<i>Très court</i> 4
C7.	Interférence liée aux compulsions	0	1	2	3	4
C8.	Détresse associé aux compulsions	0	1	2	3	4
C9.	Résistance	<i>Résiste totalement</i> 0	1	2	3	<i>Cède complètement</i> 4
C10.	Contrôle sur les compulsions	<i>Contrôle total</i> 0	<i>Beaucoup de contrôle</i> 1	<i>Contrôle moyen</i> 2	<i>Peu de contrôle</i> 3	<i>Pas de contrôle</i> 4
Sous-total pour les compulsions (additionner les items C6 à C10): _____						

EYCYB-R

11.	Prise de conscience des problèmes obsessionnels-compulsifs	<i>Excellente</i>					<i>Absente</i>	
		0	1	2	3	4		
12.	Evitement	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Très important</i>		
		0	1	2	3	4		
13.	Indécision	0	1	2	3	4		
14.	Responsabilité pathologique	0	1	2	3	4		
15.	Lenteur	0	1	2	3	4		
16.	Doute pathologique	0	1	2	3	4		
17.	Sévérité globale du problème	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Léger</i>	<i>Modéré</i>	<i>Modéré- important</i>	<i>Important</i>	<i>Très important, in- capacitant</i>
		0	1	2	3	4	5	6
18.	Amélioration globale	<i>Très nettement aggravé</i>	<i>Nettement aggravé</i>	<i>Légèrement aggravé</i>	<i>Pas de changement</i>	<i>Légèrement amélioré</i>	<i>Nettement amélioré</i>	<i>Très nettement amélioré</i>
		0	1	2	3	4	5	6
19.	Fiabilité	<i>Excellente</i>		<i>Bonne</i>	<i>Légère</i>	<i>Pauvre</i>		
		0		1	2	3		

Commentaires

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (1st ed., Revised 9/89). W. K. Goodman et al. (1989). *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Version Française: E. Mollard, J. Cottraux, & M. Bouvard (1989), *L'Encéphale*, XV, 335-341.

Adaptation Québécoise: M. H. Freeston & R. Ladouceur. (1992). Université Laval, Québec.

Révision: M. H. Freeston, (Mars 1995)

QPI-X

Questionnaire sur les processus inférenciels (QPI-X)

Veuillez noter votre accord ou désaccord avec les affirmations ci-dessous en utilisant l'échelle suivante:

1	2	3	4	5	6
fortement en désaccord	en désaccord	un peu en désaccord	un peu en accord	en accord	fortement en accord

	Réponse (1 à 6)
1. Je suis parfois plus convaincu par ce qui pourrait être là que par ce que je vois vraiment. *	
2. C'est parfois comme si le monde autour de moi disparaissait quand j'ai des pensées dérangeantes.	
3. Parfois, mes pensées se bousculent dans ma tête et j'ai des idées dérangeantes qui ne me préoccuperaient pas normalement.	
4. Je confonds souvent des événements différents comme s'ils n'en étaient qu'un.	
5. J'invente parfois des histoires à propos de certains problèmes qui pourraient être là, sans faire attention à ce que je vois vraiment. *	
6. Peu de choses sont réellement comme elles le semblent.	
7. Parfois, certaines idées invraisemblables semblent si réelles qu'on dirait qu'elles se réalisent.	
8. Parfois, mon cerveau devient très actif et un tas d'idées invraisemblables se présentent à mon esprit.	
9. On ne peut pas faire confiance à nos sens.	
10. Je sais parfois qu'il y a un problème ou quelque chose qui ne va pas uniquement grâce à ma compréhension des choses ainsi, je n'ai pas besoin de regarder. *	
11. Je peux être facilement absorbé par des choses peu probables comme si elles étaient réelles.	
12. J'ai souvent tendance à lier des événements alors que ça peut sembler invraisemblable aux yeux des autres ou même à mes propres yeux.	
13. Peu importe où l'on est, on ne peut jamais être certain d'être en sécurité. *	
14. Certaines de mes pensées dérangeantes mettent un voile sur ce que je vois autour de moi.	

15. Je ne prends pas les choses pour ce qu'elles sont parce que la plupart des problèmes sont invisibles.	
16. Je fais souvent des liens invraisemblables entre différents événements.	
17. Lorsque j'entends parler d'un événement ou d'un fait je pense souvent que ça pourrait m'arriver.	
18. J'oublie parfois qui je suis ou où je suis lorsque je suis absorbé par certaines pensées ou histoires.	
19. Je me fie seulement à mon « intelligence » pour savoir s'il y a un problème ou quelque chose qui ne va pas puisque plusieurs choses qui me semblent problématiques ne peuvent être vues ou observées.	
20. J'invente des règles arbitraires et je ressens ensuite l'obligation de m'y soumettre.	
21. Aussitôt que je pense qu'il pourrait y avoir un problème ou quelque chose qui ne va pas, je prends immédiatement des mesures pour l'éviter. *	
22. Mon imagination est parfois tellement puissante que je me sens pris au piège et incapable de voir les choses différemment.	
23. Si quelque chose arrive à quelqu'un d'autre, ça pourrait m'arriver à moi.	
24. Souvent, je ne peux dire si quelque chose est sécuritaire car les choses ne sont pas ce qu'elles semblent être. *	
25. Parfois, toutes les possibilités invraisemblables que mon esprit fait me semblent réelles.	
26. Parfois, je crois qu'il y a un problème ou quelque chose qui ne va pas même s'il n'y a pas de raisons évidentes de le croire. *	
27. Parfois, mon esprit passe d'une idée à l'autre et plus rien ne semble certain.	
28. Parfois, je suis tellement absorbé par certaines idées que je suis incapable de voir les choses autrement, même si j'essaie.	
29. Pour savoir s'il y a un problème ou non, j'ai tendance à porter davantage attention à ce qui est caché qu'à ce que je peux voir.	
30. Même si je n'ai pas de preuves évidentes d'un problème, mon imagination peut me convaincre du contraire. *	
31. Parfois, je mets tellement d'efforts en certaines choses que je n'arrive plus à voir clairement.	
32. Il y a plusieurs problèmes invisibles. *	
33. Si les choses vont bien, je m'inquiète.	
34. Seulement la pensée qu'il pourrait y avoir un problème ou quelque chose qui ne va pas est une preuve suffisante pour moi qu'il y en a un. *	
35. Parfois, je suis si envahi par certaines idées que j'oublie ce qui m'entoure.	

36. Souvent, je sais qu'un problème existe même si je n'ai pas de preuve visible. *	
37. Il est trop facile de se fier simplement à ce que nos sens nous disent.	
38. Parfois, les choses que je ressens me semblent tellement réelles que j'ai l'impression qu'elles m'arrivent vraiment.	
39. Souvent, lorsque je suis certain de quelque chose, un simple détail peut m'amener à tout remettre en doute.	
40. Parfois, je trouve des raisons invraisemblables pour expliquer un problème ou quelque chose qui ne va pas et ça me semble soudainement réel.	
41. Souvent, je me dis que quelque chose va mal se passer et c'est ce qui se produit.	
42. Il m'arrive souvent de ne pas pouvoir me débarrasser de certaines idées, parce que j'arrive toujours à trouver des possibilités qui viennent les confirmer.	
43. Mon imagination peut me faire perdre confiance en ce que je perçois. *	
44. Une simple possibilité a souvent autant d'impact sur moi que la réalité.	
45. Même si j'ai toutes sortes de preuves visibles qui contredisent l'existence d'un problème, j'ai tout de même le sentiment qu'il pourrait se produire. *	
46. Même la plus faible des possibilités peut me faire perdre confiance en ce que je sais.	
47. Lorsque j'entends parler de certains événements, je me mets à penser à comment ils s'appliquent à ma situation.	
48. Je peux imaginer quelque chose et finir par le vivre.	
49. Je suis plus souvent préoccupé par quelque chose que je ne peux pas voir que par quelque chose que je peux voir. *	
50. Pour être en sécurité, on doit toujours voir au-delà de ce que l'on voit.	
51. Parfois, je pense à des possibilités bizarres qui me semblent réelles.	
52. Je me raconte des histoires.	
53. Je réagis souvent à un scénario qui pourrait arriver comme si cela arrivait vraiment. *	
54. Parfois, je suis incapable de dire si toutes les possibilités qui me viennent à l'esprit sont réelles ou non.	

Merci de votre collaboration !

© Centre de Recherche Fernand-Seguin, Frederick Aardema & Kieron O'Connor, traduction Vicky Leblanc, révisée par Anick Laverdure.

Questionnaire sur l'encombrement

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions à propos de votre demeure.

A. Avez-vous un problème avec l'encombrement excessif de votre demeure?

OUI NON

B. Est-ce que des gens de votre famille, des amis ou des visiteurs vous ont déjà suggéré de réduire l'encombrement de votre demeure?

OUI NON

Si la réponse aux questions A et B est non, sautez les questions C, D et E.

Si la réponse à la question A ou à la question B est oui, veuillez poursuivre :

C. Dans quelle mesure l'encombrement interfère-t-il avec une utilisation normale des pièces de votre demeure?

0 = **Aucune interférence**

1 = **Interférence légère** : jusqu'à $\frac{1}{4}$ de la demeure est encombrée et difficile à utiliser pour les activités habituelles (s'asseoir, manger, dormir, socialiser, cuisiner, etc.).

2 = **Interférence modérée** : approximativement la $\frac{1}{2}$ de la demeure est encombrée et difficile à utiliser pour les activités habituelles.

3 = **Interférence sévère** : approximativement les $\frac{3}{4}$ de la demeure sont encombrés et difficiles à utiliser pour les activités habituelles.

4 = **Interférence extrême** : presque la totalité de la demeure est encombrée et difficile à utiliser pour les activités habituelles.

D. Quand vous essayez de réduire l'encombrement, dans quelle mesure ressentez-vous de la détresse ou êtes-vous contrarié?

0 = **Aucunement**

1 = **Légèrement** : pas trop dérangement

2 = **Modérément** : dérangement, mais supportable

3 = **Sévèrement** : très dérangement

4 = **Extrêmement** : détresse presque constante et handicapante

E. Dans quelle mesure éprouvez-vous des difficultés en ce qui concerne collectionner ou acheter plus de choses dont vous avez besoin ou que vous pouvez utiliser?

0 = **Aucun problème**

1 = **Problème léger** : j'acquiers occasionnellement (moins d'une fois par semaine) des objets dont je n'ai pas besoin, ou j'acquiers quelques objets inutiles

2 = **Problème modéré** : j'acquiers régulièrement (une ou deux fois par semaine) des objets dont je n'ai pas besoin, ou j'acquiers plusieurs objets inutiles

3 = **Problème sévère** : j'acquiers fréquemment (plusieurs fois par semaine) des objets dont je n'ai pas besoin, ou j'acquiers beaucoup d'objets inutiles

4 = **Problème extrême** : j'acquiers très souvent (quotidiennement) des objets dont je n'ai pas besoin, ou j'acquiers un grand nombre d'objets inutiles

QE – Home Version

Veuillez répondre aux questions suivantes selon qu'elles s'appliquent à votre demeure. Pour les items qui concernent l'encombrement, considérez l'encombrement comme « des objets qui prennent la place réservée à d'autres fonctions (ex. : des papiers sur une chaise qui la rendent inutilisable) ». Pour chaque question, encerclez LA réponse (chiffre) qui décrit dans quelle mesure chacun des énoncés s'applique à votre demeure.

1. Dans quelle mesure l'encombrement de votre demeure prend-il la place réservée à d'autres fonctions (ex. : travailler, s'asseoir, socialiser, etc.)?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

2. Dans quelle mesure chaque pièce est-elle rangée?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

3. Dans quelle mesure l'emplacement des objets de chaque pièce est-il organisé?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

4. Dans quelle mesure les pièces sont-elles sales?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

5. Dans quelle mesure ça semble facile de trouver ce qu'une personne cherche?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

6. Dans quelle mesure est-ce difficile de se déplacer dans chaque pièce à cause de l'encombrement?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

7. Dans quelle mesure le dessus des meubles est-il encombré dans chacune des pièces?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

8. Dans quelle mesure le plancher est-il libre dans les pièces encombrées?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

9. Dans quelle mesure y a-t-il une odeur dans chacune des pièces à cause de l'encombrement et de la saleté?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

10. Dans quelle mesure est-ce que des denrées périssables ou des déchets jonchent le sol de chacune des pièces?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout			En quelque sorte			Entièrement

11. Veuillez évaluer le pourcentage de l'espace qui est encombré dans votre demeure.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

12. Veuillez évaluer le pourcentage de meubles encombrés (lit, commode, bureau) dans votre demeure.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Activités de la vie quotidienne

Veillez indiquer dans quelle mesure vous ne pouvez accomplir chacune des activités de la liste à cause de l'encombrement.

Activités	N/A	Je peux	Je peux mais avec difficulté	Je ne peux pas
Préparer la nourriture				
Utiliser le réfrigérateur				
Utiliser la cuisinière				
Utiliser l'évier de la cuisine				
Manger à la table				
Se déplacer dans la maison				
Sortir de la maison rapidement				
Utiliser la toilette				
Utiliser le bain/la douche				
Utiliser l'évier de la salle de bain				
Répondre à la porte rapidement				
S'asseoir sur un divan/une chaise				
Dormir dans un lit				
Faire le lavage				
Trouver des choses importantes (ex : factures)				
S'occuper des animaux				

Dans quelle mesure les problèmes suivants sont-ils importants pour vous ?

Conditions de vie

État général de la maison	Faible	Correct	Bon
Dommages structuraux de la maison	Aucun	Quelques-uns	Beaucoup
Nourriture pourrie dans la maison	Aucune	Un peu	Beaucoup
Infestation d'insectes dans la maison	Aucune	Légère	Sévère
Fèces humaines dans la maison	Aucune	Un peu	Beaucoup
Fèces animales dans la maison	Aucune	Un peu	Beaucoup
Système d'eau hors d'usage	Aucun	Quelques-uns	Beaucoup
Système de chauffage hors d'usage	Aucun	Quelques-uns	Beaucoup

Éléments de sécurité

Risque de feu (ex : extensions électriques non sécuritaires, objets inflammables près de la fournaise)	Faible	Modéré	Important
Condition insalubres	Faibles	Modérées	Importantes
Accès à une sortie de secours	Sans difficulté	Difficilement	Impossible
Présence de sorties	Aucune	Quelques-unes	Beaucoup
Escaliers non sécuritaires	Aucun	En quelque sorte	Sévère
Encombrement à l'extérieur de la maison	Aucun	En quelque sorte	Sévère
Les sorties peuvent-elles être utilisées de façon appropriée ?	Oui	En quelque sorte	Non

Saving Inventory Revised (SI-R)

(Veuillez encercler la réponse la plus appropriée)

Encombrement

1. Dans quelle mesure votre demeure est-elle encombrée d'objets? (Tenir compte de l'encombrement de la cuisine, du salon, de la salle à manger, des couloirs, des chambres, des salles de bain et autres pièces.)

- 0 = Ma demeure n'est pas encombrée
- 1 = Ma demeure est un peu encombrée
- 2 = Ma demeure est encombrée
- 3 = Ma demeure est très encombrée
- 4 = Ma demeure est encombrée en majorité ou en totalité

2. Dans quelle mesure des objets encombrent-ils les pièces de votre demeure?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Modérément
- 3 = Considérablement
- 4 = Énormément

3. Dans quelle mesure l'encombrement vous empêche-t-il d'utiliser certaines parties de votre demeure?

- 0 = Toutes les parties de ma demeure sont utilisables
- 1 = Quelques parties de ma demeure sont inutilisables
- 2 = Plusieurs parties de ma demeure sont inutilisables
- 3 = Beaucoup de parties de ma demeure sont inutilisables
- 4 = Presque toutes les parties de ma demeure sont inutilisables

4. Dans quelle mesure est-ce difficile de circuler dans votre demeure à cause de l'encombrement?

- 0 = Ce n'est pas difficile de circuler
- 1 = C'est difficile de circuler à quelques endroits
- 2 = C'est difficile de circuler à plusieurs endroits
- 3 = C'est difficile de circuler dans la majorité des endroits
- 4 = C'est difficile de circuler pratiquement partout

5. À quelle fréquence est-ce que l'encombrement de votre demeure a-t-il fait l'objet de désaccords ou de discussions avec d'autres personnes (par exemple, les membres de votre famille, des amis, le propriétaire, des voisins, etc.)?

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Quelques fois
- 3 = Fréquemment
- 4 = Presque constamment

6. Dans quelle mesure vous sentez-vous incapable de contrôler l'encombrement de votre demeure?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Modérément
- 3 = Considérablement
- 4 = Énormément Conserver/jeter

7. Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à jeter des objets?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Modérément
- 3 = Considérablement
- 4 = Énormément

8. À quelle fréquence décidez-vous de conserver des objets superflus pour lesquels vous n'avez pas d'espace de rangement?

- 0 = Aucunement
- 1 = Rarement
- 2 = Occasionnellement
- 3 = Fréquemment
- 4 = Constamment

9. À quelle fréquence êtes-vous incapable de jeter un objet dont vous voulez vous débarrasser?

- 0 = Aucunement
- 1 = Rarement
- 2 = Occasionnellement
- 3 = Fréquemment
- 4 = Constamment

10. À quelle intensité évaluez-vous votre besoin de conserver un objet que vous n'utiliserez peut-être jamais?

- 0 = Aucune intensité
- 1 = Légère intensité
- 2 = Intensité modérée
- 3 = Forte intensité
- 4 = Intensité très forte

11. Dans quelle mesure contrôlez-vous votre besoin de conserver des objets?

- 0 = Complètement
- 1 = Fréquemment, habituellement en mesure de contrôler le besoin
- 2 = Modérément, peut contrôler le besoin avec difficulté
- 3 = Légèrement, peut contrôler le besoin avec beaucoup de difficulté
- 4 = Aucunement, ne peut contrôler le besoin de conserver des objets

Acquisition

12. Évitez-vous de faire certaines activités qui pourraient vous donner envie d'acquérir plus d'objets?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement, évitement minimal
- 2 = Modérément, un peu d'évitement
- 3 = Fortement, beaucoup d'évitement
- 4 = Extrêmement, énormément d'évitement; Je fais tout ce que je peux pour éviter ces situations

13. Dans quelle mesure contrôlez-vous votre impulsion d'acquérir des objets?

- 0 = Complètement
- 1 = Fréquemment, habituellement en mesure de contrôler les impulsions
- 2 = Modérément, peut contrôler les impulsions avec difficulté
- 3 = Légèrement, peut retarder les impulsions avec beaucoup de difficulté
- 4 = Aucunement, incapable de contrôler les impulsions

14. À quelle fréquence vous sentez-vous obligé(e) d'acquérir les objets que vous voyez (ex. en magasinant ou en vous faisant offrir des objets)?

- 0 = Aucunement
- 1 = Rarement
- 2 = Occasionnellement
- 3 = Fréquemment
- 4 = Constamment

15. À quelle intensité évaluez-vous votre besoin d'acheter ou d'acquérir des objets gratuits que vous n'utiliserez pas immédiatement?

- 0 = Aucune intensité
- 1 = Légère intensité
- 2 = Intensité modérée
- 3 = Forte intensité
- 4 = Intensité très forte

16. À quelle fréquence achetez-vous (ou acquérez-vous gratuitement) des objets que vous n'utiliserez pas immédiatement?

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Quelques fois
- 3 = Fréquemment
- 4 = Presque toujours

Détresse

17. Dans quelle mesure trouvez-vous contrariante la tâche de jeter des objets?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Modérément
- 3 = Fortement
- 4 = Extrêmement

18. Dans quelle mesure êtes-vous contrarié(e) par l'encombrement de votre demeure?
- 0 = Aucun sentiment de contrariété ou d'inconfort
 - 1 = Léger sentiment de contrariété ou d'inconfort
 - 2 = Sentiment modéré de contrariété ou d'inconfort
 - 3 = Fort sentiment de contrariété ou d'inconfort
 - 4 = Sentiment extrême de contrariété ou d'inconfort
19. Dans quelle mesure êtes-vous contrarié(e) ou affligé(e) par rapport à votre habitude d'acquisition?
- 0 = Aucunement
 - 1 = Légèrement
 - 2 = Modérément
 - 3 = Fortement
 - 4 = Extrêmement
20. À quelle fréquence évitez-vous de jeter des objets parce que c'est trop stressant ou que ça vous demande trop de temps?
- 0 = Jamais, facilement capable de jeter des objets
 - 1 = Rarement, peut jeter des objets avec difficulté
 - 2 = Quelques fois
 - 3 = Fréquemment, peut jeter des objets occasionnellement
 - 4 = Presque toujours, peut rarement jeter des objets
21. Dans quelle mesure vous sentiriez-vous contrarié(e) ou inconfortable si vous ne pouviez acquérir un objet que vous voulez?
- 0 = Aucunement
 - 1 = Légèrement, un peu anxieux
 - 2 = Modérément, la détresse augmenterait, mais serait endurable
 - 3 = Fortement, la détresse augmenterait de façon fulgurante et dérangeante
 - 4 = Extrêmement, inconfort handicapant Empêchement/interférence
22. À quelle fréquence est-ce que l'encombrement de votre demeure vous empêche d'inviter des gens?
- 0 = Jamais
 - 1 = Rarement
 - 2 = Quelques fois
 - 3 = Souvent
 - 4 = Très souvent ou toujours
23. Dans quelle mesure l'encombrement de votre demeure interfère-t-il dans votre travail, votre fonctionnement social et de tous les jours?
- 0 = Aucunement
 - 1 = Légèrement, fonctionnement général préservé
 - 2 = Modérément, interférence endurable
 - 3 = Fortement, interférence non négligeable
 - 4 = Extrêmement, interférence handicapante

24. Dans quelle mesure l'encombrement vous empêche-t-il d'utiliser correctement certaines parties de votre demeure? (Par exemple cuisiner, utiliser les meubles, laver la vaisselle, nettoyer, etc.)

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Quelques fois
- 3 = Fréquemment
- 4 = Très fréquemment ou toujours

25. Dans quelle mesure l'accumulation et les achats compulsifs vous ont-ils causé des difficultés financières?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Quelque peu
- 3 = Considérablement
- 4 = Extrêmement

26. En moyenne, combien de temps perdez-vous à cause de l'accumulation (par exemple, racheter ou chercher des objets perdus)?

- 0 = Aucun
- 1 = Moins d'1 heure par jour
- 2 = 1 à 3 heures par jour
- 3 = Plus de 3 heures par jour et jusqu'à 8 heures par jour
- 4 = Plus de 8 heures par jour

Saving Cognitions Inventory-R (SCI-R)

Veillez indiquer dans quelle mesure vous avez cette pensée quand vous décidez de jeter quelque chose.

	1	2	3	4	5	6	7
	Aucunement						Énormément
1. Je dois me souvenir de quelque chose à propos de cet objet et ce serait impossible de le faire si je le jette.							1 2 3 4 5 6 7
2. Si cet objet a une valeur potentielle, il doit être gardé.							1 2 3 4 5 6 7
3. Je vois mes objets comme une extension de moi-même, ils font partie de ce que je suis.							1 2 3 4 5 6 7
4. Jeter cet objet signifie perdre une opportunité valable.							1 2 3 4 5 6 7
5. Cet objet est si unique, il n'a pas son pareil.							1 2 3 4 5 6 7
6. Si je jette cet objet sans en retirer toute l'information qu'il possède, je perdrai quelque chose.							1 2 3 4 5 6 7
7. Je ne pourrai jamais remplacer cet objet.							1 2 3 4 5 6 7
8. Je suis responsable de trouver une utilité à cet objet.							1 2 3 4 5 6 7
9. Si cet objet peut servir à quelqu'un d'autre, je dois le conserver pour lui/elle.							1 2 3 4 5 6 7
10. Je suis responsable du bien-être de cet objet.							1 2 3 4 5 6 7
11. Si quelqu'un touche ou se sert de cet objet, je vais le perdre ou perdre sa trace.							1 2 3 4 5 6 7
12. J'aime certains de mes objets comme j'aime certaines personnes.							1 2 3 4 5 6 7
13. Sans cet objet, je serai vulnérable.							1 2 3 4 5 6 7
14. Je ne pourrais tolérer de me débarrasser de cet objet.							1 2 3 4 5 6 7
15. Jeter cet objet signifie perdre une partie de ma vie.							1 2 3 4 5 6 7
16. Cet objet me rassure émotionnellement.							1 2 3 4 5 6 7
17. Cet objet représente les sentiments qui y sont associés.							1 2 3 4 5 6 7
18. Jeter cet objet, c'est comme de jeter une partie de moi.							1 2 3 4 5 6 7
19. Conserver cet objet signifie que je n'ai pas à compter sur ma mémoire.							1 2 3 4 5 6 7
20. Ma mémoire est si mauvaise que je dois garder cet objet en vue sinon je l'oublierai.							1 2 3 4 5 6 7
21. Si je classe cet objet, je l'oublierai.							1 2 3 4 5 6 7
22. Ma vie ne serait pas complète si je n'avais pas cet objet autour de moi.							1 2 3 4 5 6 7
23. Si je ne savais pas où était cet objet, je serais anxieux(euse).							1 2 3 4 5 6 7
24. Perdre cet objet c'est comme perdre un ami.							1 2 3 4 5 6 7
25. J'ai honte de ne pas avoir un objet comme ça quand j'en ai besoin.							1 2 3 4 5 6 7
26. Jeter des objets serait comme laisser mourir une partie de moi.							1 2 3 4 5 6 7
27. Jeter des objets serait comme abandonner un être aimé.							1 2 3 4 5 6 7
28. J'ai peur que les autres prennent mes objets.							1 2 3 4 5 6 7
29. J'aime garder le contrôle de mes objets.							1 2 3 4 5 6 7
30. Personne n'a le droit de toucher à mes objets.							1 2 3 4 5 6 7
31. Ça me contrarie quand quelqu'un jette quelque chose qui m'appartient sans ma permission.							1 2 3 4 5 6 7

Index du niveau d'encombrement : chambre à coucher

Sélectionner l'image qui correspond au niveau d'encombrement de votre chambre à coucher.



Index du niveau d'encombrement : cuisine

Sélectionner l'image qui correspond au niveau d'encombrement de votre cuisine.



1



2



3



4



5



6



7



8



9

Index du niveau d'encombrement : salon
Sélectionner l'image qui correspond au niveau d'encombrement de votre salon.



Frost, R., Steketee, G., Tolin, D., & Renaud, S. (2008) Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30 (3), 193-203.

No. de participant : _____

No. de la rencontre : _____

Date : _____

Évaluation de la rencontre par le client**Partie 1. Répondez aux questions suivantes en encerclant la bonne réponse.**

1. Avant votre rencontre d'aujourd'hui, jusqu'à quel point vous attendiez-vous à accomplir des progrès pendant la rencontre?

Beaucoup

Un peu

Pas de tout

2. Pendant la rencontre d'aujourd'hui, dans quelle mesure avez-vous eu l'impression d'accomplir des progrès?

Beaucoup

Un peu

Pas de tout

Détérioration

Partie 2. Répondez aux questions suivantes en encerclant la bonne réponse ou en cochant une réponse.

OUI NON

1. Est-ce que votre thérapeute vous avait suggéré un exercice à faire à la maison à la dernière rencontre?..... ☐ ☐

2. Avez-vous discuté de cet exercice pendant la rencontre d'aujourd'hui?..... ☐ ☐

3. Dans quelle mesure l'exercice et la discussion de celui-ci ont-ils été aidant?

Beaucoup aidant

Un peu aidant

Pas du tout aidant

Ne s'applique pas

4. Dans quelle mesure l'exercice à faire à la maison au cours de la prochaine semaine vous convient-il?

Beaucoup satisfait

Un peu satisfait

Pas du tout satisfait

Pas d'exercice suggéré

Partie 3. Évaluez à l'aide de l'échelle jusqu'à quel point vous avez accompli des progrès pendant la rencontre d'aujourd'hui, par rapport aux habiletés décrites?

Beaucoup = 2

Un peu = 1

Pas du tout = 0

1. La compréhension de mon problème et l'autocritique par rapport à ce dernier| ☐ |

2. L'acquisition de stratégies ou techniques pour composer avec mon problème.....| ☐ |

3. La confiance pour commencer une activité qui m'aidera| ☐ |

4. Une plus grande capacité pour composer avec mes émotions| ☐ |

5. Un plus grand contrôle de mes comportements| ☐ |

6. Une plus grande conscience de mes pensées| ☐ |

Partie 4. Évaluez à l'aide de l'échelle jusqu'à quel point l'attitude de votre thérapeute pendant la rencontre d'aujourd'hui correspond aux énoncés mentionnés.

Beaucoup = 2

Un peu = 1

Pas du tout = 0

1. Empathie et aidant| ☐ |

2. Compétent (savait ce qu'il faisait)| ☐ |

3. Supportant et encourageant..... ☐ ☐
4. Impliqué et intéressé..... ☐ ☐

Partie 5. Indiquez la réponse qui correspond à votre réaction pendant la rencontre d'aujourd'hui.

vrai faux

1. Mon thérapeute était condescendant..... ☐ ☐
2. Mon thérapeute était silencieux et passif..... ☐ ☐
3. Mon thérapeute parlait trop..... ☐ ☐
4. Mon thérapeute était trop directif..... ☐ ☐
5. Mon thérapeute ne semblait pas saisir l'essentiel de mon problème..... ☐ ☐
6. La thérapie cognitive-comportementale ne semble pas être appropriée pour mon problème ☐ ☐

Annexe V

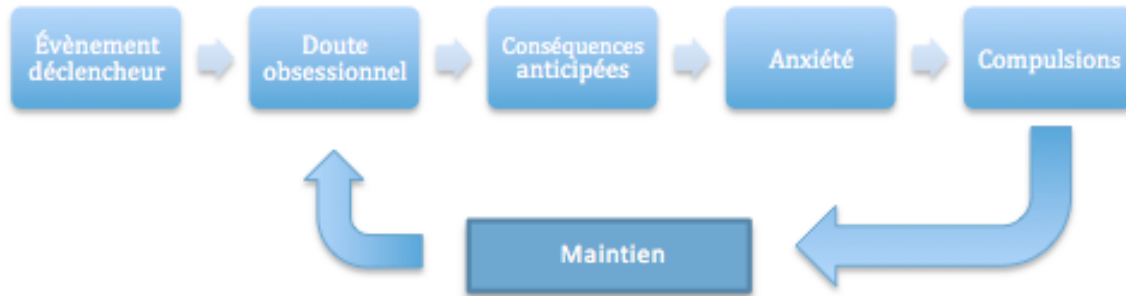


Figure 1. Représentation schématique du modèle basé sur les inférences dans le maintien de l'accumulation compulsive.

Annexe VI

Histoire TAC de Sophie

«Peut-être qu'un moment donné j'aurai besoin de mes revues de décoration»

J'ai des revues de décoration pour adolescents ; quand je serai prête à décorer les chambres des garçons, elles pourraient m'être utiles. Je pourrai à l'aide des revues trouver des idées de rangement. Ces revues sont vraiment ciblées pour les adolescents et il n'y en a pas beaucoup qui existent. J'aime mieux avoir des revues entre mes mains plutôt que d'aller voir sur internet, je suis manuelle et j'aime toucher aux choses, c'est vraiment plus agréable pour moi. J'aimerais que mes garçons aient une chambre qui leur ressemble plus. Certains de ces magazines parlent de rangement et ça m'attire parce que ça peut m'aider. Ces magazines sont beaux à regarder et ils sont bien faits. Je suis une personne qui aime les choses esthétiques ; quand je me promène dans certains quartiers où les maisons sont toutes différentes les unes des autres et bien décorées, je les regarde et je les trouve belles. Je trouve vraiment plaisant de regarder les belles choses, ça me fait du bien. Je trouve important que mes garçons aient une belle chambre et puisque je les ai déjà décorées quand ils étaient plus jeunes je pourrais aussi le faire maintenant. J'aimerais beaucoup pouvoir décorer les chambres des garçons un jour et si je conserve mes revues cela signifie pour moi que ça pourrait être possible de le faire éventuellement. Si je m'en défais, cela pourrait vouloir dire que je n'y crois plus.

Histoire alternative de Sophie

«Je n'ai pas besoin de ces revues de décoration»

Je ne pense pas que je sois prête à décorer bientôt parce qu'actuellement je n'ai pas beaucoup d'argent pour ça. Je n'ai pas non plus le temps et l'énergie pour le faire. Si un jour je suis prête à le faire, je pourrais aller à la bibliothèque ou sur internet pour trouver des idées de décoration. Ces sources seraient plus actuelles parce que les modes changent. Je ne les ai pas regardés beaucoup dernièrement. L'espace pourrait servir à d'autre chose. Je pourrais demander aux garçons ce qu'ils veulent par eux-mêmes ; je n'aurais peut-être pas besoin de magazines pour ça. Ils ne passent pas vraiment de temps dans leur chambre, c'est juste pour dormir. J'aime mieux mettre de l'argent dans leurs activités comme le soccer, les scouts, etc. En plus, je ne veux pas qu'ils aient une tv dans leur chambre parce que c'est juste pour dormir ; en plus, ils n'ont plus de jouets, ils passent peu de temps dans leur chambre. Ce ne sont pas les magazines qui vont me permettre de décorer les chambres ; c'est la situation actuelle qui m'en empêche. Si ma situation financière serait différente peut-être que ça serait possible. Mes magazines n'ont donc rien à voir avec ma décision de décorer ou pas. Si je m'en défais, j'aurai plus d'espace sans pour autant réduire mes chances de pouvoir décorer. Si je m'en défais, je pourrai au moins vivre moins encombrée et avoir l'esprit moins encombré. Je pourrais avoir plus d'énergie pour faire des choses plus importantes maintenant ou démarrer un projet qui me tient vraiment à cœur. J'aimerais qu'on ait un espace pour s'entraîner tout le monde. J'aimerais que mes garçons développent plusieurs intérêts et apprennent à avoir confiance en eux.

Annexe VII

